





*BOSTON*  
*MEDICAL LIBRARY*  
*8 THE FENWAY*













Digitized by the Internet Archive  
in 2025







1<sup>er</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE.





1<sup>er</sup> Congrès international

de

20842

# PHYSIOTHÉRAPIE

sous le Patronage du Gouvernement belge  
et la Présidence d'honneur de M. le Baron

M. VAN DER BRUGGEN,

Ministre de l'agriculture.

---

Liège, 12 au 15 août 1905.

---

## Compte rendu des Séances

publié par les

Dr GUNZBURG,

et

Dr DE MUNTER,

Médecin-Directeur de l'Institut

Médecin-Directeur de l'Institut

Zander d'Anvers,

Zander de Liège,

Secrétaires généraux du Congrès.

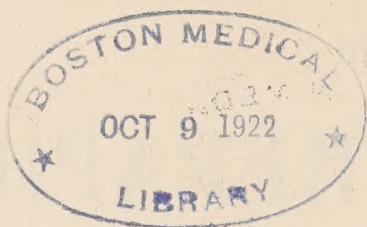
---

ANVERS.

Imprimerie DE VOS & VAN DER GROEN, rue des Apôtres, 14.

1906.





22  
L

88

1905

copy 1

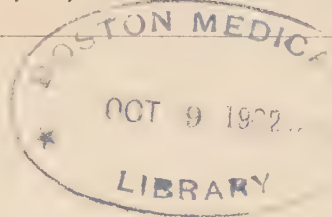
20163 Hy  
7

# 1<sup>er</sup> Congrès International de Physiothérapie

sous le Patronage du Gouvernement Belge

et sous la Présidence d'honneur de M. le Baron Maurice VAN DER BRUGGEN,  
ministre de l'agriculture :

Liège, 12, 13, 14 et 15 Août 1905



## Procès-verbaux des Séances

### SÉANCE D'INAUGURATION

**Samedi 12 Août**

La séance est ouverte à 10 1/2 heures, sous la présidence générale de M. le Prof. V. WINIWARTER de Liège. Au Bureau prennent place M. le Prof. JACQUES, de Bruxelles, M. le D<sup>r</sup> DE METS, président de la Société de Médecine physique d'Anvers, et M. le D<sup>r</sup> LE MARINEL, agrégé de l'Université de Bruxelles. MM. les D<sup>rs</sup> DE MUNTER (Liège) et GUNZBURG (Anvers) occupent les fonctions de secrétaires-généraux.

Plus de deux cents membres assistent à cette séance, parmi lesquels on remarque M. le Général PIOCH, membre du Comité de Patronage, de nombreux délégués des gouvernements étrangers et un nombre considérable de dames.

M. le Prof. V. WINIWARTER, président général, ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

*Monsieur le Général, Mesdames, Messieurs,*

Permettez-moi de prendre la parole au nom du Comité organisateur du 1<sup>er</sup> Congrès international de Physiothérapie et de vous souhaiter la bienvenue dans notre bonne ville de Liège, en cette mémorable année de 1905, où la Belgique célèbre le soixante quinzième anniversaire de son indépendance. — Dois-je vous assurer, Messieurs, que la ville vous reçoit à bras ouverts ? Dois-je faire l'éloge de la maison aux hôtes qu'elle a invités ? — C'est une tâche délicate et je préfère vous laisser juger vous



mêmes. Tous ceux qui connaissent Liège, l'aiment — et vous Messieurs, qui y venez pour la première fois, avant même de vous en douter, vous vous sentirez enveloppés d'une atmosphère de cordiale hospitalité et tout disposés à vous laisser captiver par le charme intime de notre cité wallonne ! J'espère que les nombreuses attractions de l'Exposition ne vous entraineront pas trop loin de nos salles de séances, afin que la physiothérapie n'en pâtisse pas.

Liège est connue dans le monde entier comme un des centres les plus importants de l'industrie et du travail. Ce qui est moins connu, et ce que l'on a paru oublier parfois, c'est qu'à cette ville, remplie du mouvement perpétuel de ses machines, s'attache un nom glorieux dans le domaine des sciences biologiques, celui de *Théodore Schwann*. En effet Schwann, le grand physiologiste, l'auteur de la théorie cellulaire, le précurseur de Pasteur et de Lister, celui qui le premier a reconnu la toute-puissance des infiniment petits, « des microbes, et leur rôle dans les processus de fermentation et de putréfaction » — Schwann a enseigné à l'Université de Liège. C'est ici, qu'il a passé la moitié de sa vie et c'est à Liège aussi que se sont rendus en 1878 les envoyés des Gouvernements, les Députations officielles des Universités et des sociétés savantes de tous les pays civilisés de la terre pour célébrer le trentième anniversaire de sa nomination à Liège et rendre hommage à cet homme modeste, qui avait inauguré en somme toute l'anatomie microscopique et par là jeté les bases des travaux de Rokitansky et de Virchow.

C'était d'ailleurs la première réunion biologiste internationale tenue à Liège. A cette époque — il y a de cela presque trente ans — l'institution des congrès était chose inconnue, même pour les sciences médicales en général. Quant aux réunions organisées par les spécialistes de l'art de guérir, il ne pouvait en être question parceque la spécialisation elle-même n'était pas assez développée. Quel chemin parcouru depuis ce temps ! Les rapports internationaux entre savants se sont multipliés, grâce à la facilité des communications, et ont amené l'institution des congrès annuels, revenant à date fixe. A côté de ceux-ci nous voyons se former des réunions internationales avec le but déterminé d'étudier certaines questions spéciales de la science, surtout de la médecine, de réunir les personnes, s'intéressant particulièrement et d'amener parmi eux un échange d'idées plus rapide et plus

complet qu'il ne pourrait se faire par la publication de l'ouvrage imprimé. L'exposition internationale de Liège a été une occasion extrêmement favorable à l'organisation de ces congrès extraordinaires ; en ce qui concerne la médecine tout particulièrement, elle a provoqué plusieurs réunions très intéressantes ; le Congrès international de physiothérapie n'en sera certainement pas le moins important, d'autant plus qu'il est le premier de son espèce.

Le grand nombre des membres adhérents du Congrès nous prouve la vaste extension que la méthode physique a prise dans la thérapeutique et paraît devoir assurer le succès à l'entreprise du comité organisateur.

Cependant nous n'aurions jamais osé espérer un résultat favorable de notre appel aux médecins, partisans de la physiothérapie ou spécialistes en la matière si nous n'avions pas obtenu le puissant appui du Gouvernement Belge et des Gouvernements étrangers. Aussi est-il de mon devoir d'adresser au nom du Comité organisateur tous nos remerciements à ceux qui ont bien voulu s'intéresser à notre entreprise. Permettez-moi de nommer en premier lieu Monsieur van der Bruggen, Ministre de l'Agriculture, qui a bien voulu accorder son haut patronage au 1<sup>er</sup> Congrès international de physiothérapie et apporter ainsi la sanction officielle du Gouvernement à nos travaux. Nous lui présentons l'hommage respectueux de notre reconnaissance. Je remercie également Messieurs les Vice-présidents d'honneurs, le Comité de patronage du Congrès, Monsieur le bourgmestre de la ville de Liège, le Comité exécutif de l'Exposition, les Gouvernements étrangers, et Messieurs les délégués qui les représentent au Congrès.

J'ai le devoir de vous faire part du décès de l'illustre clinicien Nothnagel, de Vienne, et de M. le général Vent, de Liège, qui tous les deux avaient exprimé l'intention de s'associer à nos travaux. Avec moi vous rendrez un hommage respectueux à leur mémoire en vous inclinant devant leurs tombes.

Enfin, Messieurs, je tiens à exprimer des remerciements aux autorités académiques, à M. le Recteur et à M. l'administrateur de l'Université de Liège. Grâce à eux nous sommes ici sur le sol universitaire et nous disposons des locaux pour nos réunions et de toutes les installations nécessaires à notre Exposition.

Le 1<sup>er</sup> Congrès international de physiothérapie est entré dans le domaine de la réalité. Les nombreux travaux soumis à ses



discussions, prouvent que son existence est justifiée. Si j'osais formuler un pronostic, je dirais : l'avenir est à la physiothérapie !

La parole est ensuite à Monsieur le Professeur JACQUES, qui prononce le discours suivant :

— » Vous voudrez bien m'excuser de prendre la parole, moi profane, au milieu d'une assemblée de spécialistes, de professionnels de la physiothérapie. Mais je puis vous assurer que je m'intéresse autant que quiconque aux différentes sciences qui constituent votre domaine. La raison, c'est précisément l'énorme importance que vos méthodes ont prises aujourd'hui en thérapeutique.

Il ne m'était donc pas possible de ne pas m'enquérir du progrès que chaque jour vous réalisez dans l'application de ces méthodes. Je dirai même que, comme professeur de thérapeutique générale, j'avais l'obligation de me tenir au courant des sciences que vous cultivez avec tant de succès. Les résultats que vous obtenez, leur étude et leur interprétation prouvent que vous êtes désormais sortis des limites de l'empirisme et que vous êtes entrés résolument dans la voie de la science expérimentale, qui seule aujourd'hui peut conduire à la vérité scientifique.

C'est donc comme professeur de thérapeutique que je salue en vous les vaillants ouvriers dont le labeur incessant réalise chaque jour quelque progrès nouveau.

En me plaçant à ce point de vue personnel je puis dire que ce Congrès vient à son heure, car il importait qu'à un moment donné vous puissiez vous réunir pour examiner ensemble la tâche que vous avez accomplie, le chemin que vous avez parcouru, et pour vous concerter sur la façon d'atteindre le but de vos légitimes efforts. J'estime, quant à moi, que vous avez droit à une reconnaissance officielle, qui, il faut bien le dire, vous est jusqu'ici encore marchandée dans mainte école de haut enseignement. Il est utile, indispensable même, que les jeunes générations d'étudiants apprennent à connaître les ressources immenses que leur offre la physiothérapie pour le soulagement des misères humaines. Il faut donc que vous étudiez la part qu'il convient de faire au milieu des programmes surchargés des facultés de médecine, à l'enseignement des méthodes nouvelles.

Votre Congrès marque une étape importante dans la voie du progrès scientifique. Votre champ est utile, Messieurs ; le sillon

est tracé ; jetez-y de bon grain ; la récolte est certaine et elle vous récompensera demain de vos efforts.

M. le Dr DE METS, Président de la Société de Médecine physique d'Anvers, — s'adresse ensuite à l'assemblée dans ces termes :

— » Il y a quelque temps, parut au *Moniteur* (le journal officiel belge) un ukase, pardon une circulaire ministérielle sur la voie publique appelant l'attention des agents de l'autorité sur les agissements des marchands d'orviétan et autres bateleurs et ordonnant de les poursuivre conformément aux lois. Cette circulaire a été diversement appréciée, je me permettrai à mon tour de la critiquer, et j'espère que M. le Ministre Van der Bruggen qui a bien voulu accorder son Haut Patronage au Congrès, ne me tiendra pas rigueur de mes libres appréciations.

A mon sens, la circulaire ministérielle va faire disparaître de nos marchés, de nos places publiques, la note si pittoresque, si originale de vendeurs de drogues. Les paysages urbains sont déjà d'une banalité telle, qu'il serait coupable de les appauvrir encore. Et je ne doute nullement que la Société protectrice des monuments et des sites en opposition avec les commissions médicales n'en réclame énergiquement la conservation. Nous aussi, médecins, nous pouvons sans arrière-pensée demander le maintien d'un usage ancien par lequel visiblement la médecine moderne s'apparente au vieux monde des rebouteurs, des guérisseurs périodeutes ou ambulants.

Les supprimer ne supprimerait pas le charlatanisme en redingote, et bien mis, autrement dangereux.

Donc M. M. ce sont là, nos ancêtres, bien modestes il est vrai. Ne les renions pas. Ils nous donnent de précieuses leçons de choses. Grâce à eux nous pouvons mesurer l'énorme progrès médical accompli dans ce dernier siècle, grâce à eux nous pouvons mesurer aussi les sommes d'énergie et de travaux qu'il a fallu pour régénérer, pour instaurer une science médicale vraie.

Et puis encore ces rebouteurs sont des témoins d'une situation que les médecins ont eux-mêmes créée ! N'ont ils pas dédaigné, eux-mêmes jadis la chirurgie, un art manuel, un métier, abandonnant les menues besognes, les membres fracturés aux rebouteurs, aux saigneurs, aux ventousiers, aux barbiers ? Ont ils lieu de se



plaindre si les arracheurs de dents sont montés sur les tréteaux, si les guérisseurs de la cataracte, de la pierre, des dartres, et des écouelles les y sont suivis ? Ont-ils lieu de se plaindre, que ces arts mineurs, abandonnés à eux-mêmes, ne se soient pas développés. Ne doivent-ils pas au contraire des actions de grâces, à ces pauvres guérisseurs, à ces rebouteurs, d'avoir conservé quelquefois d'excellentes traditions et d'avoir parfois même montré le chemin de découvertes précieuses. Faut-il rappeler M. M. que le magnétisme, dont le rôle scientifique et la valeur thérapeutique sont si appréciés aujourd'hui, était, il y a cinquante ans aux mains de charlatans, qu'il a fallu de longues années avant que la chirurgie fût affranchie du mauvais renom du passé, qu'il a fallu des années pour réhabiliter la position du dentiste.

Et tout cela parce que jadis la médecine, déesse prodigue, avait semé autour d'elle des graines et sans vouloir les reconnaître, les laissait pousser à tout hasard. Tels les arts plastiques, les grands arts qui dédaignent dans le passé des arts industriels, les moindres arts, leur accordent aujourd'hui une gracieuse hospitalité.

Mais l'heure de la réhabilitation a sonné, des réformes nouvelles ont surgi. La concentration de la science médicale qui, il n'y a pas longtemps, avait rassemblé en un faisceau unique toutes les connaissances médicales a subi de nouvelles transformations. Les recherches de laboratoire ne sont plus des expériences stériles de physiologie, des expériences sans portée, sans lendemain. La méthode expérimentale a porté sa lumière dans tous les recoins de l'organisme humain, elle a relegué à l'arrière-plan les vieilles et anciennes notions de philosophie médicale, elle y a substitué des concepts concrets et tangibles. Quelle admirable évolution ces méthodes n'ont-elles pas fait subir à la *pathologie* des maladies contagieuses qui hier encore était un mythe, un mystère !

Savions-nous avant les recherches bactériologiques, avant Pasteur, ce qu'étaient les maladies infectieuses, d'où elles naissent, ce qui les provoque, et comment parfois on peut les arrêter dans leur développement ?

C'était l'histoire de hier et aujourd'hui en possession d'un peu de vérité, nous pouvons espérer agrandir notre patrimoine.

Du reste les procédés d'investigation nouveaux sont devenus chose courante ; beaucoup de médecins s'adonnent régulièrement aux recherches de laboratoire.

Faut-il vous dire M.M. les énormes progrès accomplis dans le domaine des spécialistes au siècle dernier qui fut notamment l'âge d'or des ophtalmologistes, des otologistes.

En même temps que les moyens d'exploration s'augmentent et se perfectionnent, les méthodes de traitement s'améliorent. On a fait appel à toutes les sciences positives : la chimie, l'électricité, l'hydrologie, la mécanique. La mécano-thérapie, la radio-thérapie, l'hydrothérapie naissent et se perfectionnent.

Et toutes filles, jadis abandonnées par leur mère sur les grands chemins à des empiriques reviennent vers elle portant des couronnes, pour lui orner la tête. Car si de tous côtés, des quatre coins du monde, des praticiens sont accourus avides de proclamer les bienfaits de la physiothérapie, de faire connaître les résultats merveilleux des méthodes nouvelles, de se communiquer les perfectionnement toujours nouveaux des procédés techniques, tous tiennent avant tout hautement à affirmer leur attachement aux doctrines médicales physiologiques et la nécessité d'une éducation médicale complète. Ils sont convaincus qu'une spécialité quelque développée qu'elle puisse être, retourne à l'empirisme dès qu'elle n'est plus échauffée par les rayons de ce centre de lumière.

Laissez-moi vous dire M. M. comment nous est venue l'idée de réunir en un Congrès toutes ces thérapies nouvelles qui s'inspirent des techniques spéciales.

Il y a quelques années, quelques confrères, j'en étais, préoccupés de l'idée de faire profiter leurs malades des progrès de la mécano-thérapie et de faire sortir celle-ci de l'ornière où elle se traînait lamentable eurent l'idée de créer à Anvers un Institut Zander. En dépit des obstacles l'idée germa et fut réalisée.

Cet fut d'un salutaire exemple. Presque en même temps les radiographes et les électro-thérapeutes surgirent, puis un hôpital Finsen pour cancéreux, un institut de bains et d'autres virent le jour. Tout cela était dans l'air et poussa sous l'impulsion généreuse d'un mouvement scientifique ardent.

La constitution d'une Société de médecine physique fut l'aboutissant naturel de ce développement d'énergies nouvelles dans notre cité. Cela ne suffit pas à notre ambition.

Attentifs au mouvement scientifique étranger nous songeâmes à nous étendre bien au delà du centre de notre ville, par delà les étroites frontières de notre petit pays. L'idée nous vint de convoquer en assises solennelles les chercheurs et les savants de tous



les pays. Simultanément, disons même un peu avant nous-mêmes, le groupe des mécanothérapeutes belges avait conçu un projet analogue. Les timides propositions formulées dans notre société par notre dévoué et actif secrétaire M. Gunzburg, furent chaleureusement appuyées par des confrères d'une vigoureuse combativité : M. Le Marinel et de Munter.

Vous savez M. M. avec quel admirable ensemble les savants ont répondu à notre invitation : Les pays d'Europe et d'Amérique nous envoient plus de 600 adhérents dans la vieille cité mosane la cité ardente et passionnée, célèbre dans l'histoire par ses fastes guerrières, célèbre aujourd'hui par le développement merveilleux de son industrie.

Saluons, Messieurs, l'antique perron liégeois, ce palladium de l'hospitalière cité.

Autour de lui s'agita un peuple, ivre de la liberté, prêt à tous les sacrifices pour le maintien de ses droits. Qu'autour de lui vos discussions éclatent chaleureuses, qu'elles soient fertiles pour le progrès de la science et pour le soulagement des misères humaines !

Ces trois allocutions sont fortement applaudies, puis la parole est donnée à M. le Dr LE MARINEL, agrégé à l'Université de Bruxelles, qui prononce le discours suivant :

*Messieurs,*

—» Je suis heureux de voir se réunir dans notre pays le premier congrès de Physiothérapie. La Belgique tient à prouver en effet, que les soixante-quinze années d'indépendance qu'elle fête en ce moment et qui se sont affirmées par une expansion et un développement si considérables dans le domaine commercial et industriel, s'affirment, dans le domaine scientifique, d'une façon tout aussi éclatante.

\* \* \*

Vous avez bien voulu, vous les délégués et les représentants des puissantes nations du monde, venir discuter avec nous les récentes et passionnantes découvertes de la thérapeutique physique et je vous remercie de tout cœur de l'honneur que vous faites à notre petite patrie.

Vous avez répondu à notre appel plus nombreux que nous ne l'avions espéré lorsque nous avons jeté timidement les premières bases de ce congrès. Je dis « timidement », car s'il existe chez

nous de nombreux spécialistes s'occupant des diverses branches de la thérapeutique physique, il n'existe guère de sociétés où ces éléments soient groupés et il fallait, aux organisateurs de ce Congrès, réunir les activités dispersées et en faire un faisceau capable de supporter l'énorme effort qui les mènerait à la réussite.

C'est au petit groupe des mécanothérapeutes belges que nous devons l'idée du Congrès ; mais c'est, je tiens à le dire bien haut, à l'enthousiasme et au dévouement sans bornes de nos deux Secrétaires-Généraux, le docteur de Munter, directeur de l'Institut Zander de Liège et le docteur Gunzburg, directeur de l'Institut Zander d'Anvers, que nous en devons l'éclatante réussite. Ils ont assumé et rempli leurs lourdes fonctions avec un zèle et une activité au dessus de tout éloge.

La *Société de Médecine physique d'Anvers* nous a soutenus dès les premiers jours et bientôt les sympathies et les appuis surgissaient de toute part. L'Académie de Médecine de Belgique, en la personne du docteur Victor Desguin ; les Universités représentées par les professeurs von Winiwarter, Van Lair, Jacques et beaucoup d'autres, nous apportaient leur adhésion et nous prouvaient l'intérêt qu'elles prennent aux questions que nous allons discutée. Enfin nous vinrent, pour assurer définitivement le succès de notre Congrès, les appuis moraux et financiers du gouvernement, de la ville de Liège, de l'Exposition et de presque toutes les Sociétés médicales de Belgique.

Nous avons trouvé à l'étranger et notamment en France, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis, en Italie, un accueil aussi enthousiaste que celui que nous avons rencontré chez nous.

Cet accueil se comprend si nous songeons au rôle thérapeutique considérable que joue de nos jours la physiothérapie et au rôle prépondérant qu'elle est appelée à jouer dans l'avenir.

Reportons-nous, en effet, à l'époque si rapprochée de nous encore, où le massage, dédaigné par les médecins, était abandonné aux empiriques ; où l'hydrothérapie était pratiquée par le garçon de bain ; où l'on traitait Duchenne (de Boulogne) de « petit bonhomme avec sa boîte ! »

Quelques années se sont à peine écoulées et voici que chacune de ces parties de la thérapeutique physique a été étudiée dans ses moindres détails au point de vue physiologique et thérapeutique. Voici qu'un outillage considérable et perfectionné permet les



applications les plus fines, les plus délicates et les plus précises de ces puissants agents médicaux !

Chaque spécialité a été approfondie par des hommes de la plus haute valeur et de l'effort général est sortie une science qui, née d'hier, n'en est pas moins forte, puissante et pleine d'avenir.

Permettez-moi de vous rappeler les noms de von Leyden, de Winternitz, de Zander, de Zabłudowski, de Colombo, de Bergonié, de Doumer qui ont bien voulu apporter à nos travaux l'appui de leur grande autorité et que je suis heureux de saluer comme membres de ce Congrès.

Souvenez-vous de ce qu'étaient le massage et la gymnastique médicale il y a trente ans et voyez ce qu'ils sont aujourd'hui que Zander a mis entre vos mains, par ses admirables appareils, le moyen de fractionner, de doser et de localiser l'exercice. Grâce à son génie inventif nous pouvons prescrire le travail aux plus faibles, aux plus débiles, aux plus malades et opposer l'exercice médicament à l'exercice poison de nos empiriques prédécesseurs.

Ce que Zander a fait pour la gymnastique médicale, d'autres l'ont fait pour chacune des parties de la physiothérapie qui est devenue ainsi une vaste et profonde science.

Et je suis heureux de faire miennes les paroles de Guimbail qui dit avec tant de raison :

» Au fur et à mesure que nous disciplinons les forces naturelles pour les plier au service de l'hygiène ou au rétablissement de la santé, les indications de leur emploi surgissent de plus en plus nombreuses.

A mesure que les bases d'observations cliniques sur lesquelles s'édifie votre thérapeutique s'élargissent et se raffermissent, les lois qui régissent l'action de l'énergie physique sur l'organisme sain ou malade se précisent, éclairent, d'un jour nouveau, l'esprit du praticien et guident sa main,

L'empirisme rétrograde à grands pas pour faire place à l'expérimentation scientifique et au contrôle fertile des nouveaux procédés d'investigation.

Ses décevantes et souvent absurdes pratiques sont remplacées, désormais, par des applications régulières et, à l'incertitude de ses tentatives hasardeuses, se sont substituées, servies par des appareils de mesure rigoureusement précis, des méthodes normalement édifiées.

L'énergie physique, exactement dosée et calculée, ne présente

plus rien d'incertain et de vague. Nous savons pour une douche dont la durée, la pression et la température sont connues, quelle somme d'énergie nous dispensons au malade, soit en tension, soit en calories, soit en mouvement.

Le courant électrique, quelle que soit la forme de son onde, se mesure mathématiquement et ne fait place à aucune imprécision. L'exercice médical auquel nous soumettons nos malades est également dosable, et nous pouvons contrôler, à la fin de chaque séance, le nombre de kilogrammètres fournis par le sujet en traitement.

. . .

C'est particulièrement à la thérapeutique par les agents physiques qu'il convient d'attribuer les aphorismes, bien connus du professeur Landouzy : *robustifier le terrain bacillisable. Mettre l'organisme* en état de fournir à ses rations de défense, d'entretien, de développement et de travail. *Activer la fonction* respiratoire pour élever le coefficient d'oxydation.

*Activer la nutrition.* — Tant d'effets, différents en apparence, se réduisent à un seul processus général qui domine de haut toute la thérapeutique : *l'excitation tonique* de l'axe nerveux, dépensitaire et réparateur de toutes les énergies vitales.

Calmer l'irritabilité de la cellule si elle est excessive, la dynamogénier si elle est en état de dépression fonctionnelle, tels sont les deux termes du problème univoque que résolvent les agents physiques.

La thérapeutique par les agents physiques s'applique merveilleusement à l'une et à l'autre pathogénie ; elle joue le rôle de tonique et d'antiseptique. Elle constitue le remède à l'épuisement et à l'infection.

Elle est tonique par son application directe et antiseptique par le développement de la phagocytose et par son rôle électif sur la pression sanguine et sur les émonctoires.

*C'est donc sur le terrain lui-même* que l'énergie physique porte ses principaux effets ; c'est l'élément anatomique qu'elle atteint dans sa vitalité, dans son fonctionnement.

\* \* \*

Le public non médical n'a malheureusement pas encore suffisamment compris quelles vastes et profondes connaissances nécessitent les applications scientifiques de la physiothérapie.



Nous le voyons s'adresser aux rebouteurs et aux charlatans dont le nombre semble augmenter à mesure que le champ d'activité de la physiothérapie s'étend lui-même. Cela provient de ce que, d'une part, l'enseignement universitaire de la physiothérapie est presque partout nul ou incomplet et de ce que, d'autre part, les lois qui régissent l'art de guérir datent de longtemps et n'ont pas été mises en rapport avec les progrès de la science médicale. Vous aurez, Messieurs, à étudier ces deux questions : *l'empirisme et l'enseignement universitaire* de la physiothérapie.

Je souhaite que, de vos discussions, sortent des vœux précis et clair que nous puissions transmettre aux gouvernements et aux Universités.

Je souhaite surtout que notre accord unanime fasse que, désormais, notre voix soit entendue.

Le Congrès d'Education physique qui s'est tenu à Bruxelles en Juin dernier nous a montré la route en votant, sur la proposition que je lui en avais faite, les vœux suivants.

1° *La gymnastique médicale* doit être prescrite par le médecin et ne doit être appliquée, dans la majorité des cas, que par lui-même ou sous sa direction ;

2° *Il y a lieu d'annexer* à l'enseignement des Facultés de médecine un cours de gymnastique médicale. Ce cours devrait être donné sous forme de « Cliniques ».

3° *Il y a lieu de créer* dans les hôpitaux un service spécial de gymnastique médicale.

Le Congrès d'Éducation physique n'avait pas à envisager dans leur entièreté les questions de physiothérapie et c'est ce qui explique l'unilatéralité des vœux émis ; mais, ce qui est vrai pour la gymnastique médicale, l'est également pour les autres branches de la thérapeutique physique, et ces vœux seraient complets s'ils s'appliquaient à la physiothérapie dans son ensemble.

Bien d'autres questions, Messieurs, vont faire l'objet de vos travaux, car près de 100 rapports et plus de soixante communications ont été déposés et vont être discutés.

C'est la lourde tâche qu'il vous reste à accomplir et je vous invite, Mesdames et Messieurs, à unir vos efforts pour achever ce travail qui assurera le triomphe définitif de la physiothérapie.

M. le PRÉSIDENT GÉNÉRAL, déclare ouvert le premier Congrès international de Physiothérapie, et, les fonctions du Comité organisateur étant terminées, invite l'assemblée à nommer le bureau définitif.

M. le D<sup>r</sup> GALHAUSEN (Liège) constate que l'organisation du Congrès, malgré le peu de temps dont on disposait, a marché à souhait, que le succès de l'entreprise paraît assuré, et que le comité provisoire s'est acquitté de sa tâche à la satisfaction générale de tous les membres. Il propose de nommer le Comité provisoire définitivement par acclamation. (Applaudissements).

Après quelques mots de remerciements, M. le président général, donne successivement la parole aux deux secrétaires généraux pour diverses communications.

M. le Docteur DE MUNTER, au nom du bureau, informe l'assemblée des noms des délégués nommés par leur gouvernement respectif, pour le représenter aux séances du Congrès.

Pour la France : M. le D<sup>r</sup> Bergonié, de Bordeaux.

Pour l'Espagne : MM. les D<sup>rs</sup> Farinas et Espina y Capo, de Madrid, délégués du Ministre de l'Instruction publique.

MM. les D<sup>rs</sup> Eloy Bejarano, Gaztelu y Zabarte et del Castello de Madrid, délégués du Ministre de l'Intérieur.

Pour les Etats-Unis d'Amérique : M. le D<sup>r</sup> Francis Bishop, de Washington.

Pour la Grande-Bretagne : M. le D<sup>r</sup> Levis Jones, de Londres.

Pour l'Italie : MM. les D<sup>rs</sup> Colombo, de Rome, Capriati et de Luzenberger, de Naples.

Pour la Roumanie : MM. les D<sup>rs</sup> Obregia et Andronesco, de Bucarest et Sarafidi, de Constantza.

Pour le Grand-Duché de Luxembourg : M. le D<sup>r</sup> Leclère de Dudelange.

Pour la Suède : M. le D<sup>r</sup> Thor Stenbeck, de Stockholm.

Pour la Belgique : M. le D<sup>r</sup> De Nobele, de Gand.

Pour la ville d'Anvers : M. le D<sup>r</sup> Baillieux.

et souhaite la bienvenue aux délégués en remerciant les gouvernements de l'intérêt qu'ils témoignent à nos travaux.

Il remercie aussi les diverses Sociétés médicales qui se sont intéressées au Congrès, en nommant des délégués, dont la liste suit :

Pour la Société de Médecine physique d'Anvers : M. M. Ciselet, H. van de Velde et François.



Pour la Société de Kinésithérapie de Paris : M. M. Kouindjy et Bloch.

Pour la Société de Médecine physique de Paris ; M.M. Foveau de Courmelles et Scrini.

Pour la Société de Médecine d'Anvers : M. Herman.

Pour la Société de Médecine de Gand ; M. M. de Nobeles et Gommaerts.

Pour la Société médico-chirurgicale de Liège : M. M. de Sagher et Galhausen.

Pour le Syndicat Borain : M. Daubresse.

Pour la Société médico-chirurgicale d'Anvers : M. M. Justement et Poirier.

Pour la Société de pédologie d'Anvers : M. M. Schuytén et Heilporn.

Pour le British Röntgen Ray Society : M. W. Deane Butcher, Londres.

Pour la Société médicale des accidents du travail de Bruxelles : M. M. E. Poëls et R. Sand.

Pour l'American Electro therapeutic Association : M. Francis Besant Bishop.

Pour la Société médico-rurale de l'arrondissement de Liège : M. M. Dejace, Limet, Merveille et Nihon.

Pour la Société l'Union médicale de Liège : M. M. Bienfait et Vanderdouck.

Pour la Société de Thérapie physique de Madrid : M. M. Fariñas et Gaztelu.

Pour la Société de Médecine physique de Saragosse : M. Fraguas.

Pour la Electro-therapeutic Society de Londres : M. Chish. Williams.

Pour le Royal College of Physicians of Edinburg : M. Davidson Turner.

Pour le Royal College of Physicians of London : M. H. Lewis Jones.

Pour la Société de Thérapie physique et d'hygiène d'Amsterdam : M. M. P. Eyckman et Soer.

Pour la Société de Thérapie physique d'Amsterdam : M. van Breemen.

Il propose à l'assemblée la nomination de plusieurs **vice-présidents d'honneurs**.

MM. le Prof. Gariel, (Paris) et les Prof. Bergonié et Sigalas, (Bordeaux) et Prof. Doumer, (Lille) pour la France.

M. le Dr Lewis Jones, (Londres) pour l'Angleterre.

M. le Prof. Colombo (Rome), M. le Prof. de Luzenberger (Naples), M. le Dr Capriati (Naples) et le Dr Luraschi (Milan) pour l'Italie.

M. le Dr Bejarano, M. le Dr Espina y Capo et M. le Dr Farinas pour l'Espagne.

M. le Doz. Dr Donath pour la Hongrie.

M. le Dr Thor Stenbeck pour la Suède.

M. le Prof. Dr Zabloudowski pour l'Allemagne.

M. le Dr Eyckmans pour la Hollande.

M. le Dr Rybalkin de Saint Petersburg pour la Russie.

M. le Dr Leclère (Dudelange) pour le Grand-Duché de Luxembourg.

Cette proposition est adoptée par acclamation.

La parole est ensuite à M. le Dr GUNZBURG pour exposer l'ordre des travaux du Congrès.

Après avoir insisté sur le nombre considérable et sur la valeur des travaux fournis, il donne un aperçu de la classification générale.

L'ensemble des rapports constitue déjà un vrai traité de physiothérapie d'environ 700 pages, — et s'il s'y trouve parfois quelques erreurs d'impression, conséquence inévitable de la rapidité avec laquelle il a fallu imprimer et revoir cet immense volume, et de l'arrivée tardive de la plupart des rapports, — l'ensemble forme cependant une contribution importante pour un premier congrès de Physiothérapie.

Après avoir remercié les nombreux rapporteurs de leurs travaux, il propose de discuter dans la première séance générale les travaux généraux concernant la 1<sup>re</sup> question du programme (indications de la physiothérapie), dans la deuxième séance générale (mardi) les questions 3 et 4 (enseignement et exercice illégal), et de diviser les autres travaux dans les sections suivantes : Cinésithérapie, Hydrothérapie, Electrothérapie et Radiologie.

Il propose comme secrétaires des séances :

M. le Dr DE KEYSER, HAUCHAMPS et R. SAND,

et en vue de la traduction des langues étrangères admises au Congrès, la nomination de secrétaires honoraires :

M. le D<sup>r</sup> DEANE BUTCHER pour l'Anglais,

M. le D<sup>r</sup> TONTA pour l'Italien et

M. le D<sup>r</sup> VON HOVORKA pour Allemand.

Ces propositions sont unanimement adoptées.

M. le D<sup>r</sup> Victor Desguin, membre de l'académie royale de médecine et Président général du Congrès, alité depuis plusieurs semaines, a dû, à son regret, renoncer à assister aux séances ; un télégramme de sympathie lui est adressé par les soins du bureau.

Sont encore excusés : M. le Prof. Colombo (Rome), M. le Prof. v. Leyden (Berlin) et M. le Prof. Winternitz (Vienne). MM. les D<sup>rs</sup> Bum (Vienne), Immelmann (Berlin), Haskovec (Prague), Prof. Turner (St Petersburg), Prof. Vulpius (Heidelberg), D<sup>r</sup> Lossen (Darmstadt).

La séance est levée à 11.50 h. et est suivie d'une visite à l'exposition de physiothérapie.



# Exposition de Physiothérapie

annexée au Congrès.

---

Bien que convoqués tardivement, les principaux fabricants et constructeurs ont cependant répondu avec empressement à l'appel, à tel point que les locaux étaient devenus trop exigus pour le nombre d'appareils envoyés. L'ensemble a présenté un intérêt scientifique considérable et les salles d'exposition n'ont pas désempilé pendant toute la durée du Congrès.

## SECTION A. — *Appareils.*

M. BECKER (Hamburg) : une série de tubes Röntgen à anti-cathode renversée, entourée d'un manchon métallique ou de porcelaine et munis du régulateur de vide de Becker augmentant la richesse du tube en rayons X.

M. COFFINEAU (Liège) : plans d'un petit interrupteur qu'il nomme *mètromètre* ; interrupteur et inverseur permettant de modifier à volonté la durée et le nombre des interruptions.

M.A.E. DEAN (Londres) :—Porte-ampoule localisateur constitué par deux châssis rectangulaire dont l'un, mobile dans l'autre, porte le localisateur en crown plombique. Des bras horizontaux portent une soupape de Villard, des lames en verre plombique pour garantir l'opérateur, un milliampèremètre et un spintermètre.

Spintermètre indiquant en centimètres la valeur de l'étincelle équivalente.

Lunette radio-chromométrique.

Radio-chromomètre de Benoit modifié.

Appareils de haute fréquence.

Eclateur dédoublant l'étincelle.

Tableau de commande à combinaisons multiples avec tachymètre particulier.

M. DOWSING (Londres):—Bain de lumière radiante lumineuse,— modèle du lit, avec réflecteurs à 2 lampes Dowsing donnant des températures jusqu'à 150° cgr.

Bain local pour les jambes.

Bain local pour l'épaule à forme de torpille.

Nouveau modèle de bain pour remplacer les bains de soleil.

M. DRAULT (Paris). — Machine statique à 10 plateaux à courroie unique et à grand débit.

Orthodiagraphe du D<sup>r</sup> Destot — modifié au point de vue du maniement du tube, du diaphragme, et de la graduation.

Porte-radiomètre du D<sup>r</sup> Haret, à localisateur en crown plombique.

La maison GAIFFE (Paris) a exposé des appareils électriques.

Meuble pour haute fréquence et radiographie, sans interrupteur, pourvu d'un milliampèremètre spécial.

Nouvel interrupteur autonome à mercure, vibreur à amplitude réglable.

Radiomètre du D<sup>r</sup> Courtade, basé sur la comparaison de la luminosité d'un écran au platino-cyanure soumis aux Rayons X à la luminosité étalon produite sur le même écran par un sel de radium d'activité connue.

Localisateur du D<sup>r</sup> Belot. (décrit dans les communications du Congrès.)

Appareil à bobine secondaire oscillante mue par un petit moteur silencieux, donnant un courant sinusoïdal dont la hauteur et la longueur d'onde peuvent être réglées à volonté.

D<sup>r</sup> KRIKORTZ (Stockholm). — Hydrothermostat très ingénieux permettant de faire circuler autour des organes à traiter un courant continu à température constante et s'appliquant dans la thermothérapie.

M. G. MYLIUS (Bruxelles) représentant la maison REINIGER, GEBBERT et SCHALL d'Erlangen.

Collection complète d'électrisation, petite chirurgie, etc.

Orthodiagraphe du Dr Levy-Dorn amélioré par l'adjonction de curseurs pour mesurer l'amplitude maximale du déplacement et par le dispositif d'Albers-Schoenberg pour le placement du patient.

Compresseur système Albers-Schönberg pour radiographie.

Bain de Schnée à quatre cellules.

Tableaux électrothérapiques divers, courants sinusoïdaux etc.

Nouveau transformateur à moteur pour cautère, endoscopie, massage vibratoire, à dépense n'excédant pas 2 ampères ;

Appareils à production de rayons X.

Interrupteurs à jet de mercure, Wehnelt, etc.

Cystoscope rétrograde pour examen et irrigation de la vessie.

MM. ROSSEL SCHWARTZ (Wiesbaden) ont exposé des photographies et brochures d'appareils de mécanothérapie du système Zander, Rossel-Schwarz et Herz.

SOCIÉTÉ DE VEVEY. — Arthromoteur du Dr Scholder pour donner les mouvements actifs et passifs par le remplacement de tiges diverses au moyen de pièces de rechange, de pelotes etc. Mu par moteur ou par contrepoids.

Dr VALCKE (Courtrai). — Appareils pour bains de vapeur, poste fixe pour bains généraux, sous forme de lit avec lampe au gaz ou réchaud.

Appareils locaux pour les mains, pieds, coudes, genoux, épaules, donnant une chaleur humide de 40 à 45°.

Prof. ZABLUDOWSKY. — Piano à double clavier, l'un à touches ordinaires, l'autre à touches plus étroites pour s'adapter aux doigts des enfants. — Un simple tour de manivelle remplace un des claviers par l'autre, et permet d'utiliser alternativement l'instrument pour les enfants et les adultes.

#### SECTION B. — *Photographies et livres.*

Dr ALLARD (Paris). — Brochures.

Dr ALBERT WEIL (Paris), — Photographies de son installation électrique, — travaux d'électrodiagnostic, — Journal de Physiothérapie.

Dr BECLÈRE (Paris). — Traité d'électrisation, etc.

Dr BELOT (Paris). — Traité de Radiothérapie, notices et plans.



D<sup>r</sup> BERGONIE (Brodeaux. — Traité de Radiothérapie. — Archives d'électricité médicale.

D<sup>r</sup> BOSC (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> BIENFAIT (Liège). — Brochures.

D<sup>r</sup> CAUTRU (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> J. COWEN. — Brochures.

D<sup>r</sup> COLOMBO (Rome). — Photographies très intéressantes de l'Installation de l'Institut de Thérapeutique physique de Rome réunissant toutes les branches de la Physiothérapie : 1° kinésithérapie ; 2° orthopédie mécanique ; 3° électrothérapie ; 4° rayons Röntgen ; 5° photothérapie ; 6° thermothérapie ; 7° pneumatothérapie ; 8° hydrothérapie ; 9° balnéothérapie. — Chacune de ces sections étant pourvue de la plupart des modèles connus.

D<sup>r</sup> DAGRON (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> DE AZEVEDO NEVES (Lisbonne). — Brochures.

D<sup>r</sup> DELHERM (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> DICKSON (Toronto). — Brochures.

D<sup>r</sup> DE MUNTER (Liège). — Photographies de l'Institut médico-mécanique de Liège et brochures.

D<sup>r</sup> DONATH (Budapest). — Brochures.

D<sup>r</sup> ESPINA Y CAPO (Madrid). — Brochures sur la climatothérapie, etc,

D<sup>r</sup> FOVEAU DE COURMELLES (Paris). — L'année électrique, 5 années, et 100 n<sup>os</sup> de la revue de Thérapie physique, ainsi que diverses œuvres.

D<sup>r</sup> FRAGUAS (Saragosse). — Brochures.

D<sup>r</sup> FRANÇOIS (Anvers). — Photographies très nombreuses de lupus guéris par les rayons Finsen et l'épithéliomas traités par la radiothérapie.

D<sup>r</sup> GABRIELLS (Milan). — Photographies de l'Institut de Physiothérapie de Milan.

D<sup>r</sup> GOMMAERTS (Gand). — Vues de l'Institut médico-mécanique Zander de Gand et brochures.

D<sup>r</sup> GUNZBURG. (Anvers) — Vues de l'Institut médico-mécanique Zander d'Anvers.—Photographies de cas, diagrammes, schémas, appareils et brochures.

D<sup>r</sup> GUILLEMINOT (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> GUARIGLIA (Naples). — Photographies de l'Institut de physiothérapie.

DES MÉCANOTHÉRAPEUTES BELGES. — Stand réunissant

les vues des Instituts médico-mécaniques de Bruxelles, Anvers, Liège et Gand, avec nombreux schémas de scoliose, — collection de brochures etc.

D<sup>r</sup> HASKOVEC (Prague). — Revue de Neurologie et de Thérapie physique.

D<sup>r</sup> HARET (Paris). — Brochures de radiologie.

D<sup>r</sup> HASEBROEK (Hamburg). — Brochures de mécanothérapie.

D<sup>r</sup> KEIM (Paris). — Brochures, Traité sur l'expression abdominale du fœtus.

D<sup>r</sup> KLIJNENS (Anvers). — 12 clichés démontrant les points d'ossification des os.

D<sup>r</sup> KOUNDJY (Paris). — Brochures sur la massothérapie,

D<sup>r</sup> PAUL EMILE LEVY (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> LE MARINEL (Bruxelles). Vues de l'Institut médico mécanique de Bruxelles, — et brochures.

D<sup>r</sup> LINGBEEK et DE NIET (Utrecht). — Tijdschrift voor fysische Therapie en Hygiene.

D<sup>r</sup> LOSSEN (Darmstadt). — Brochures de l'Ernst Ludwigs. Heilanstalt.

D<sup>r</sup> LAQUERRIERE (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> LEULLIER (Paris), — Brochures.

D<sup>r</sup> LEJEUNE (Liège). — Radiographies.

D<sup>r</sup> MACHADO (Lisbonne). — Brochures de l'Institut de physiothérapie de Lisbonne.

D<sup>r</sup> MESNARD (Paris). — Revue de Cinésie.

D<sup>r</sup> MOUTIER (Paris). — Brochures sur l'hypertension artérielle.

Ingen. MULLER (Zurich), — Brochures sur l'électro magnétisme.

D<sup>r</sup> NICOLET (Bruxelles). — Photographies de l'Institut Salus de Bruxelles. — Rapport sur l'empirisme.

D<sup>r</sup> PICCININI (Asti). Brochures et photographie.

D<sup>r</sup> ROSENTHAL (Paris). — Brochures sur la gymnastique respiratoire.

D<sup>r</sup> PLANET (Paris). — Brochures.

D<sup>r</sup> SAQUET (Nantes). — Brochures.

D<sup>r</sup> RIEDINGER (Würzburg) — Archivf. Orthopédie, Mecanotherapie und Unfallchirurgie.

D<sup>r</sup> SLAVIK (Prague). — Brochures.

Dr SKINNER (New-York). — Therapeutics of dry hot air.

Dr SNOW (New-York). — Travaux d'électrothérapie.

Dr STAPFER (Paris). — Brochures.

Dr SCHOLDER (Lausanne). — Brochures.

Dr SOLÉ Y FORN (Barcelone). — Brochures.

Dr VALCKE (Courtrai). — Brochures.

Dr VON HOVORKA (Vienne). — Albums, gravures et brochures sur l'orthopédie.

Dr VARGAS (Barcelone). — Brochures.

Dr VOISINS (Séville). — Brochures.

Prof. LEYDEN et GOLDSCHIEDER. — Zeitschrift für Diätetik und physikalische Therapie.

Prof. ZABLUDOWSKY (Berlin). — Œuvres.

Une *bibliographie complète* des travaux de physiothérapie des membres du Congrès est en préparation, — mais comme beaucoup de membres ont encore omis de nous envoyer leurs brochures, nous les prions de bien vouloir les faire parvenir au plus tôt à l'un des secrétaires généraux du Congrès.



# Première séance générale.

---

*Samedi, 12 Août 1905, à 2 1/2 heures.*

---

## Action physiologique et indications de la Franklinisation

*par M. le Prof. di Luzenberger (Naples).*

M. le D<sup>r</sup> DI LUZENBERGER expose les conclusions de son rapport.

## Action physiologique et indications de la Haute Fréquence.

*par M. le D<sup>r</sup> Libotte (Bruxelles)*

M. le D<sup>r</sup> LIBOTTE résume les conclusions de son rapport.

*Discussion des deux rapports précédents.*

M. le D<sup>r</sup> KURELLA (Ahrweiler) fait une distinction entre les phénomènes des électrons qui agissent dans la franklinisation et la haute fréquence, et les phénomènes de migration des ions, qui forment la base de la thérapie par les courants galvaniques et faradiques. Il faudra dorénavant traiter deux chapitres de l'électrothérapie, la thérapie électrolytique et la thérapie par les électrons ou — ce qui vaut autant — par les rayons cathodiques.

M. le PROF. DOUMER, (Lille). constate dans les deux rapports qui viennent d'être lus une double lacune qu'il désire combler car ils ne font l'un et l'autre que des allusions aux deux principes fondamentaux de l'électrothérapie. L'un consacre l'action cellulaire et protoplasmique de l'électricité, soit qu'on l'emploie sous forme statique, soit qu'on utilise les courants de haute fréquence. Cette action ressort non seulement de toutes les recherches biologiques dont on vient de vous parler, non seulement des actions curatives chez les malades pour lesquels on peut invoquer des phénomènes de suggestion, mais encore des expériences de l'abbé Nollet, contrôlées et vérifiées par Bertholet.

J'appellerai principe de l'action décongestionnante de l'électri-

cité, le second principe que je désire vous rappeler. Or, ce principe vous paraîtra évident si vous voulez bien réfléchir que toutes les maladies, qui sont justiciables d'application électrique par haute fréquence ou par statique quelques diverses qu'elles soient, toutes ont ce caractères commun de présenter des phénomènes inflammatoires. Remarquez aussi que les phénomènes inflammatoires chez les malades traités sont les premiers à disparaître, et que, si l'on soigne comparativement des maladies de même nature et d'un même tissu, mais présentant l'un des phénomènes inflammatoires très accusés et l'autre n'en possédant que très peu, vous verrez toujours la première guérir avec une rapidité beaucoup plus grande que la seconde. J'ajoute même que nous trouvons dans ces principes un guide certain pour employer l'électricité. C'est lui qui depuis 15 ans a présidé à toutes mes recherches cliniques et je ne l'ai pas trouvé une seule fois en défaut.

M. le D<sup>r</sup> ALBERT WEIL (Paris). — Quand il s'agit d'étudier les applications des courants de haute fréquence, il faut absolument distinguer le mode d'application sous peine de confusion : l'auto conduction, le lit condensateur, l'effluation mono ou bipolaire, l'application directe ont des résultats nettement différents et même inverses.

Quand on parle des merveilles de la H. F. c'est de l'application de l'effluve qu'il s'agit : elle est souveraine comme décongestionnant. M. Doumer l'a montré dans les hémorroïdes, les plaies etc. Je crois avoir le premier publié une observation complète de prostatite guérie par la H. F.

L'effluve peut d'ailleurs être obtenue avec la machine statique, surtout si on dispose la machine statique pour la production des courants frankliniques induits avec le rhéostat que j'ai imaginé et qui est facile à construire par tout le monde.

M. le PROF. DOUMER (Lille). fait remarquer qu'il a publié une note sur le traitement de la prostatite par la h. f. au Congrès de 1900 et qu'il l'avait signalé 3 ans auparavant dans sa communication sur le traitement de la fissure en 1896.

M. le D<sup>r</sup> FREUND (Vienne) (*en allemand*) à propos de la remarque du D<sup>r</sup> Kurella, qui rapproche les effets du courant de haute fréquence de ceux des rayons cathodiques, rappelle les expériences qu'il a faites en 1901. D'après ces expériences, les décharges des effluves provoquent dans les tissus des altérations anatomiques

semblables à celles que donnent les rayons X, les rayons lumineux et même, paraît-il, les rayons du radium. — Ces altérations consistent en dégénérescences lacunaires des éléments cellulaires et phénomènes d'endartérites des vaisseaux, ainsi que des œdèmes, des hémorrhagies, etc. — On est donc en droit d'admettre une action semblable de ces divers agents physiques.

M. le PROF. DE LUZENBERGER (Naples). — De mon rapport il résulte clairement que je considère l'action de la franklinisation comme dépendante de l'effluve mécanique des électrones, et je suis d'accord avec M<sup>r</sup> Kurella pour distinguer une électricité chimique ionique et une autre mécanique électronique.

Quant à l'observation de M<sup>r</sup> Kurella, qui nous dit que la foi guérit en France et en Italie, tandis que l'électricité n'a pas ces effets en Allemagne, je trouve dans le discours prononcé par M<sup>r</sup> le Prof. Doumer une défense telle qu'il ne m'est plus nécessaire de me défendre moi-même.

M. le D<sup>r</sup> LIBOTTE (Bruxelles). — Remarquez, Messieurs, que j'ai rapporté des cas simples d'affections chirurgicales, exempts de toute puissance suggestive dans l'évolution ultérieure, afin d'éviter toute objection possible sur ce point.

Les expériences que je vous ai rapportées, vous pouvez les répéter. Répétez-les avec les mêmes procédés et vous obtiendrez les mêmes résultats.

Tout à l'heure, M. Kurella faisait remarquer avec raison la différence qui existait entre les courants continus, les effets d'ionisation dans certains cas, et la modalité de haute fréquence.

Celle-ci a une action basée sur sa forme alternative, ses décharges périodiques, et toutes les autres propriétés physiques que nous avons résumées.

Son action est moléculaire, cellulaire. La vitalité de la cellule, sa résistance, son assimilation, sa désassimilation, tout cela est influencé.

Répondant à M. Doumer, je préfère son mot action cellulaire plutôt que action décongestionnante.

Lorsque nos cellules travaillent, soit à l'estomac, soit dans notre cerveau un effet immédiat s'en suit, c'est la congestion.

Dans toute déviation nutritive, microbienne ou autre, ce sont les cellules irritées qui sont cause de congestion, et c'est en attaquant en premier lieu les cellules que nous atteignons tout mouvement circulatoire. Aussi je préfère dire que les hautes



fréquences ont une action cellulaire. L'action décongestionnante dérive de la première.

### **Action physiologique de l'Hydrothérapie.**

*par M. le Dr Wybauw, (Spa).*

M. le Dr WYBAUW, empêché pour cause de santé, se fait excuser, — les conclusions de son rapport sont soumises à l'assemblée.

### **Action des agents physiques dans l'hypertension artérielle.**

*par M. le Dr Moutier, (Paris).*

M. le Dr MOUTIER expose les idées de son rapport.

M. le Dr DESCHAMPS (Rennes). — L'agent thérapeutique par excellence contre l'hyperthermie est d'abord l'agent thermique facilement applicable sous la forme balnéation. Combiné avec un régime alimentaire convenable, il constitue sans aucun danger le meilleur traitement de l'hypertension.

M. le Dr KURELLA (Ahrweiler) attire l'attention sur les phénomènes qui pourraient être causés par les vapeurs de nitrites, qui naissent par l'étincelle de haute tension, car les nitrites sont les remèdes classiques de l'artériosclérose.

M. le Dr MOUTIER (Paris). — Je répondrai à M. Kurella que les nitrites, comme je l'ai rapporté dans mon rapport, ne donnent qu'une action non durable et qu'au point de vue physique on ne saurait attacher une action aux vapeurs nitreuses, étant donné surtout le nouvel appareil, où l'étincelle éclate dans un vase clos contenant de la chaux, destinée à absorber les vapeurs nitreuses.

Quant à M. Deschamps, je lui ferai remarquer que j'ai indiqué l'action hypotensive de l'hydrothérapie; mais je ne connais aucun travail où il soit indiqué que dans l'hypertension artérielle permanente, la pression normale soit toujours atténuée d'une façon durable et si telles sont les conclusions de ses recherches, je me permets de m'étonner qu'il ne l'ait pas encore fait connaître.

### **Action physiologique et indications de la Mécanothérapie.**

*par M. le Dr Gunzburg, (Anvers).*

M. le Dr GUNZBURG expose son rapport et insiste sur l'application de la mécanothérapie comme *mouvement dosé et fractionné*.

*Discussion.*

M. le D<sup>r</sup> HASEBROEK (Hambourg), (*en allemand*) insiste sur l'importance de la mécano-thérapie dans la pathologie interne ; — il prouve, par des exemples, que le domaine des maladies internes n'a pas encore bénéficié suffisamment des applications de la gymnastique médicale et espère que le Congrès exercera une influence favorable dans ce sens.

M. le D<sup>r</sup> DESCHAMPS (Rennes). — Le moindre service qu'on peut rendre à une méthode thérapeutique n'est certes pas d'indiquer ses contre-indications, c'est ce que je ferai à l'occasion du diabète et de l'obésité.

La cure de ces diathèses est tout et doit se faire en dehors de tout exercice. J'ai démontré que le facteur important de ces diathèses est le rayonnement cutané et l'exercice même modéré ne peut qu'abaisser consécutivement la température interne.

M. le D<sup>r</sup> SAQUET (Nantes). — On n'entend parler ici que de mécano-thérapie, il est bien permis à son ancêtre, la gymnastique manuelle suédoise, d'intervenir.

Il y a bien cent ans que celle-ci existe et l'on n'a pas à lui reprocher, je crois, d'accidents dans l'obésité, au contraire.

Mais il faut individualiser comme toujours en thérapeutique, tous les obèses ne sont pas justiciables des mêmes moyens.

Je crois qu'il ne faut pas dire d'une façon absolue non plus que l'exercice refroidit ; le refroidissement est certainement un résultat éloigné, mais chacun sait que si l'on fait un exercice violent on s'échauffe beaucoup, c'est alors que le refroidissement peut être considérable consécutivement.

En faisant chaque jour un exercice modéré qui élève légèrement la température, on habitue le système nerveux qui se réglera peu à peu pour ce résultat.

M. le D<sup>r</sup> LEMARINEL (Bruxelles), proteste contre l'appréciation du D<sup>r</sup> Deschamps qui dénie à la mécano-thérapie le pouvoir d'amener des modifications heureuses de l'obésité. Il cite de nombreux obèses chez lesquels il a obtenu d'admirables résultats en combinant le régime à l'exercice et prouve que la mécano-thérapie permet, par le fractionnement et le dosage du travail, l'application de l'exercice comme médicament, même aux obèses souffrant le plus de leur développement adipeux exagéré. C'est la seule gymnastique applicable, sans danger, au véritable obèse et il est indispensable que le praticien le sache.

M. le Dr GUNZBURG. — Je pourrais me borner à confirmer les réponses faites par les différents orateurs précédents. — J'insisterai sur l'action de la mécano-thérapie pour régulariser la respiration diaphragmatique dans l'obésité. — Les indications que j'ai proposées sont empruntées à la clinique et basées sur des chiffres, — elles peuvent se modifier légèrement par des aperçus nouveaux, mais elles nous donneront l'ensemble de l'emploi de la mécano-thérapie, mouvement dosé et fractionné.

### Indications générales de la Radiothérapie.

*par M. le Dr Denobele, (Gand).*

M. le Dr DENOBELE insiste sur différents points de son rapport ; la discussion aura lieu après l'exposé du rapport suivant, traitant le même sujet.

### Indications générales de la Radiothérapie.

*par M. le Dr Haret, (Paris).*

M. le Dr HARET (Paris). — Après avoir étudié les effets des rayons de Röntgen sur l'homme et les mammifères à l'état de santé, tire quelques conclusions sur les applications thérapeutiques de ce nouvel agent comme dépilant, irritant et spécifique des néoformations épithéliales.

Il classe en trois groupes les affections qui bénéficient de l'irradiation de Röntgen : les dermatoses, les néoplasmes, les lymphadénies et les leucémies. Il montre les superbes résultats qu'on peut attendre de cette nouvelle thérapeutique, et termine en déclarant qu'on ne peut encore fixer exactement les limites de la radiothérapie, surtout en comprenant ce terme dans son sens général, la Röntgenothérapie et la radiumthérapie.

### *Discussion des deux rapports précédents.*

M. le Dr DE KEYSER, L. (Bruxelles). — J'ai écouté avec le plus grand intérêt le rapport que M. De Nobeles vient de nous développer. Je me permettrai de dire quelques mots à propos de l'application des rayons X au traitement du lupus tuberculeux. M. De Nobeles vient de nous parler de guérison du lupus. J'aurais voulu



voir notre distingué confrère faire à propos de la durabilité des résultats obtenus dans le traitement du lupus, les mêmes réserves que celles qu'il a émises à propos de la durabilité de la guérison des épithéliomas de la face. J'estime qu'il faut être très prudent lorsque l'on affirme la guérison du lupus tuberculeux, je parle naturellement de guérison effective, permanente. Nous tous, dermatologues, nous connaissons de ces cas considérés et même publiés comme guéris et que nous revoyons quelques années plus tard porteurs de récidives, qui peuvent être graves et étendues. Et il ne s'agit pas de réinfection car ce n'est pas seulement dans le voisinage de la cicatrice que l'on voit apparaître les nodules lupeux mais en plein lieu cicatriciel. Cette remarque, ne s'adresse pas au traitement de Röntgen seulement, mais à bien des traitements dirigés contre le lupus tuberculeux. Je crois que dans l'immense majorité des cas, il faut parler d'amélioration plus ou moins durable, mais non de guérison.

M. le D<sup>r</sup> FREUND (Vienne) (*en allemand*).—L'excellent rapport du D<sup>r</sup> De Nobele a parfaitement approfondi la matière, — je désirerais simplement ajouter que certains confrères semblent attribuer trop de valeur aux procédés de mesure chimiques. — Tous ces procédés indiquent l'intensité des rayons qui frappent la surface de la peau, mais non la quantité de rayons qui traverse l'épiderme. Ces rayons sont *filtrés* et la quantité correspondante à une certaine couleur du réactif possède des propriétés physiologiques tout autres que les rayons *non filtrés*, correspondant à la même intensité de couleur. Généralement nous utilisons des rayons filtrés. Quant à mon propre procédé de mesure, il a été perfectionné par le D<sup>r</sup> RIEDEL (Linz) en faisant préparer extemporanément la solution de iodoforme-chloroforme à 2 %. De cette façon une décomposition intempestive des solutions se trouve empêché.

M. le D<sup>r</sup> STENBECK (Stockholm) (*en allemand*).—Je désirerais attirer l'attention sur ce fait qu'il n'existe pas en réalité d'appareil permettant de mesurer les rayons Röntgen pour l'usage thérapeutique. Si même on arrivait à construire un appareil donnant exactement la quantité des rayons, nous n'aurions pas leur composition qualitative, et je crois que la signification de cette composition a une valeur supérieure à celle de la quantité, — le radiothérapeute habitué à nuancer les doses ne retire donc aucun bénéfice d'un appareil de mesure.

J'ajouterai à propos du traitement de la leucémie par la radiothérapie, que j'ai traité plusieurs cas avec succès, dont un sans récurrence depuis six mois.

M. le Dr CH. LURASCHI (Milan) (*en italien*) croit à propos du chromo-radiomètre et du radio-chromomètre, que tous les moyens qui servent à doser les rayons Röntgen sont imparfaits.

Il cite des cas de guérisons par la radiothérapie dans le cancer du sein.

Il relate en outre un cas d'hypertrophie prostatique traité par la radiothérapie et resté guéri depuis un an.

Les phénomènes subjectifs de gêne, douleur etc. ont complètement disparu.

M. le Dr BELOT (Paris). — A propos du traitement du lupus et de l'hypertrichose par la radiothérapie, je crois qu'il faut distinguer entre les cas.

Certains lupus des extrémités sont plus favorablement influencés par les scarifications.

Le lupus ulcéré, étendu doit être traité de préférence par les rayons X, ainsi que le lupus étendu non ulcéré, parce que le traitement est plus rapide et plus facile à appliquer.

Les points rebelles pourront être traités par la photothérapie, mais il faut se demander si les rayons X en modifiant les tissus, ne viennent pas gêner l'action des rayons chimiques, émis par l'arc électrique.

Dans le petit lupus, très localisé, la photothérapie bien appliquée donne d'excellents résultats.

Il en est de même pour l'hypertrichose. Certaines femmes dont le système pileux est très hypertrophié, bénéficieront de la radiothérapie, car alors même que l'on aurait quelques modifications cutanées, l'esthétique sera cependant meilleur.

Il ne semble pas qu'il soit légitime de traiter par cette méthode les cas légers d'hypertrichose.

M. le Dr TONTA (Milan) (*en italien*).—Si dans la dépilation nous insistons au moyen de séances de courte durée, mais que nous prolongions les séances pendant 2 à 3 mois, régulièrement à chaque endroit tous les 4 à 5 jours, nous pouvons obtenir un résultat définitif sans déformation.

Pour ce qui concerne la cure du lupus au moyen des rayons X, j'ai obtenu des guérisons complètes qui se maintiennent depuis plus de 3 ans sans récurrence.

Quant au traitement de l'épithéliôme du sein, nous avons un cas de cicatrisation complète depuis plus de quatre ans : la malade ne présente absolument aucune infiltration suspecte.

M. le Dr DENOBELE (Gand).— Je répondrai à l'objection du Dr De Keyser au sujet de la persistance de la guérison du lupus que je possède des cas guéris depuis 1898, que j'ai l'occasion de suivre et n'ai pas encore constaté de récurrence.

Quant à M. Freund, je regrette que sa solution soit si peu stable, car elle serait sans cela d'une utilité bien grande, sans contredit il a indiqué là une voie précieuse qui pourrait, peut-être être appelée à donner lieu à de grands perfectionnements. M. Stenbeck fait remarquer l'importance qu'il y a à déterminer le degré de pénétration des rayons, nous sommes les premiers à reconnaître ce point et admettons que pour les lésions profondes, il faut des rayons pénétrants et pour les lésions superficielles des rayons de faible pénétration.

M. le Dr HARET (Paris).—(Quand on veut un résultat passager dans le traitement de l'hypertrichose on n'obtient pas encore chaque fois ce que l'on désire. S'il s'agit en effet de duvets, il faut, pour les faire tomber, une dose plus forte que pour faire tomber un cheveu et l'on a alors des réactions cutanées.

Pour la question du sarcome, j'ai, dans ma pratique constaté que certains cas répondaient bien à la radiothérapie, et que d'autres ne subissaient aucun changement, j'en ai cherché les raisons, mais n'ai pu les trouver.

---

## Section I. -- Cinésithérapie.

*Séance du 13 Août, à 9 heures du matin.*

Président : M. le D<sup>r</sup> LE MARINEL (Bruxelles).

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> GUNZBURG (Anvers).

### Les limites et les rapports entre l'orthopédie mécanique et la chirurgie orthopédique.

*Par M. le D<sup>r</sup> von Hovorka (Vienne).*

M. le D<sup>r</sup> VON HOVORKA (*en allemand*) demande que l'on fasse une distinction sévère entre orthopédie mécanique et chirurgie orthopédique. La chirurgie mécanique comprend : 1) le massage, 2) la gymnastique, 3) la mécanique orthopédique.

Le massage doit être exécuté exclusivement par le médecin.

A la place de « chirurgie orthopédique » il propose comme plus logique « orthopédie chirurgicale ou opératoire ». Elle comprend : 1) la technique des bandages orthopédiques, 2) les opérations non sanglantes, 3) les opérations sanglantes.

Alors que la mécanique orthopédique appartient au mécanicien, la technique des bandages orthopédiques est exercé par le médecin.

La dénomination d'orthopédiste a aujourd'hui une autre signification que jadis. — L'orthopédiste actuel doit être médecin. On ne pourrait assez blâmer le « cordonnier orthopédique ». —

La désignation de chirurgie orthopédique n'est applicable qu'à la troisième catégorie de l'orthopédie opératoire, elle est appelée à un grand avenir.

### Massage de l'articulation du Genou.

*Par M. le D<sup>r</sup> Liniger (Bonn).*

M. le D<sup>r</sup> LINIGER étant absent et son rapport étant distribué, aucune discussion ne s'engage.



## Du massage dans le traitement des fractures.

*par M. le Dr L. Desguin. (Anvers).*

M. le Dr L. DESGUIN empêché d'assister par une cause indépendante de sa volonté, résume par écrit les conclusions de son rapport, qui sont lues par le président.

M. le Dr GUNZBERG (Anvers). — Je regrette vivement que notre excellent confrère, le Dr Desguin, soit malgré lui empêché de présenter lui même son rapport. — Il m'a prié de vous transmettre le résumé que vous venez d'entendre.

Je tiens à faire ressortir, avec le rapporteur, combien il est nécessaire de distinguer nettement entre massage des fractures et mobilisation des fractures ; dans beaucoup d'auteurs, parfois même chez Lucas-Championnière, ces deux idées sont confondues et entre-mêlées.

Je crois que le massage a un certain rôle à jouer, mais qu'il est différent de celui de la mobilisation et qu'il ne faut pas les confondre comme on le fait souvent.

M. le Dr PAUL ARCHAMBAUD (Paris). — Tout en regrettant l'absence du rapporteur, qui nous aurait donné des explications sur ce point, je trouve surprenant qu'il conseille de ne pas immobiliser du tout dans les fractures des os courts et des extrémités des os longs.

Il faut, dans tous les cas, employer des appareils amovibles, faire du massage, léger d'abord, bien entendu, puis de la mobilisation, — passive, à partir du quatrième ou cinquième jour, en maintenant solidement le foyer de la fracture ; — active, dès qu'on sent que le cal commence à être suffisamment solide.

Je me réserve de faire des observations ultérieures, lorsque j'aurai pris connaissance du mémoire complet de notre confrère.

M. le Dr KOUNDIY (Paris). — Je ne peux pas partager l'opinion du rapporteur que le massage peut être négligé ; pour moi le massage doit être considéré comme l'agent principal du traitement massothérapique des fractures et que la mobilisation précoce est le complément de ce traitement. Pour moi, il faut diviser les fractures en fractures graves qui exigent au commencement une retention temporaire, et les fractures ordinaires, comme la fracture du péroné. Dans ce cas le massage seul et la mobilisation précoce suffisent. L'immobilité est nuisible.

## Indications du massage méthodique dans le traitement des névrites et des polynévrites.

par M. le D<sup>r</sup> Kouindjy (Paris).

M. le D<sup>r</sup> KOUINDJY rapporteur, expose son travail.

M. le D<sup>r</sup> PAUL ARCHAMBAUD (Paris). — A propos d'un passage du rapport de M. Kouindjy, je proteste énergiquement contre son affirmation que le massage fait par des masseurs et masseuses sortant d'écoles nationales ou non est « brutal, grossier et stupide ». Ce mot « d'écoles nationales » ne devrait pas avoir sa place dans un rapport devant un congrès international. Il serait trop long de discuter aujourd'hui cette question qui est à l'ordre du jour de la séance générale de mardi prochain et, me sentant visé personnellement, je vous demande à réserver mes arguments pour après-demain.

M. le D<sup>r</sup> KOUINDJY (Paris). — Considérant la massothérapie comme un agent thérapeutique au même titre, que l'électrothérapie, et les autres agents thérapeutiques, je ne peux pas accepter que la massothérapie soit confiée aux empiriques, qui n'ont aucune connaissance de physiologie et de pathologie.

M. le D<sup>r</sup> FAURE (La Malou). — Il me semble impossible, de régler cette question par des lois aussi générales et absolues.

Nous sommes tous d'accord sur la nécessité de ne confier les massages et plus généralement les manœuvres de thérapeutique mécanique qu'à des hommes compétents, c'est à dire connaissant l'anatomie et la physiologie d'une façon suffisante, et ayant la pratique technique que rien ne saurait remplacer. Nous sommes aussi d'accord sur l'absolue nécessité de ne faire ces applications thérapeutiques que sous la responsabilité d'un médecin directeur. Mais ceci dit, est ce que nous ne connaissons pas tous des masseurs ou gymnastes qui ne sont point docteurs en médecine et qui sont des auxiliaires très précieux et très instruits (par exemple les élèves de l'Institut Central de Stockholm) auxquels on peut confier l'application de beaucoup de manœuvres thérapeutiques ?

Et réciproquement, ne connaissons-nous pas des docteurs en médecine très incompetents dans ces questions, et auxquels on ne pourrait confier la moindre de ces applications ? — Et les auxiliaires non-médecins ne sont-ils pas, dans bien des cas, notamment dans les instituts médicaux, une nécessité ? — Il ne

faut donc point vouloir faire faire au médecin ce qu'il ne peut matériellement faire, ni refuser le concours d'ouvriers qui peuvent être excellents. Mais il est évident que nous devons protester contre cette tendance du public (et aussi de beaucoup de médecins) qui les porte à considérer le massage et autres manœuvres mécaniques comme pouvant être exercées par n'importe qui et n'importe comment. Les thérapeutiques exigent de longs et difficiles apprentissages, mais cet apprentissage (qui est loin d'être fait par tous les médecins) peut être fait par d'autres que par des médecins.

M. le Dr V. HOVORKA (Vienne) *en allemand*.—Faut-il que le massage soit fait par un médecin exclusivement : oui. — Et l'orthopédie va nous le montrer, ici il n'y a pas à hésiter, dans le domaine orthopédique, un laïc, un non-médecin, ne saura jamais *comment* il faut masser et dans quelle direction il faut masser.

M. le Prof. ZABLUDOWSKI (Berlin).— C'est un vœu pieux que le massage soit pratiqué exclusivement par les mains des médecins. Nous connaissons tous les torts occasionnés aux malades par les empiriques. D'un côté c'est un tort direct, d'un autre côté il est indirect par le temps perdu. Cependant, il faut le dire, à l'époque d'aujourd'hui le massage se pratique non seulement dans un but thérapeutique mais aussi dans un but d'hygiène personnelle et cosmétique; les indications du massage systématique deviennent si grandes, qu'il y aura toujours des cas où l'on ne pourra pas se passer de l'assistance d'un non-médecin. Une fois que vous ferez travailler les non-médecins sous l'une ou l'autre forme, vous ne pourrez empêcher que ces personnes ne pratiquent parfois aussi pour leur propre compte. Le massage a cela de commun avec toute autre spécialité. Vous ne chasserez jamais le charlatanisme de la médecine du monde.

Dans une grande polyclinique de l'assistance publique où il y a une grande quantité de personnes à traiter et où il y a un grand nombre des chroniques souffrants d'altérations de la nutrition générale, des résidus d'anciens traumatismes, des constipations habituelles etc., on ne peut pas se passer du travail des non-médecins. Dans l'Institut de Massage à l'Université de Berlin où certainement il ne manque pas d'assistants médecins, des internes et des externes, je serais cependant dans le plus grand embarras si je n'avais pas des aides-masseurs parmi les non-médecins. L'étudiant en médecine, le médecin ne veut pas et en

peut pas travailler journellement des heures et des heures, à soigner des malades qui présentent pour lui fort peu d'intérêt scientifique.

Quant à la clientèle, en ville pour les mêmes cas chroniques que j'ai énumérés, pour un traitement de longue durée, on ne peut pas, par des raisons économiques, avoir toujours des médecins à sa disposition. Pour ce travail il ne s'agit pas du massage soi-disant anatomique. On ne travaille pas en détail, mais en gros. On ne s'arrête pas, quand il y s'agit de muscles atrophiés par suite d'inactivité, à suivre les muscles fléchisseurs ou extenseurs. On masse tout le membre. A la polyclinique je choisis mes aides pour la partie purement mécanique du massage parmi des personnes dont le caractère moral m'est plus connu que leurs connaissances en anatomie ou en physiologie. J'ai toute raison d'être content de mes élèves et de mes aides choisis parmi les sœurs, les gardes malades, les infirmiers qui me sont recommandés par des confrères, directeurs des hôpitaux ou des sanatoriums. Après avoir travaillé quelques mois sous mes yeux dans ma polyclinique, ils continuent le travail sous la surveillance du médecin qui les a envoyés. Certes, je n'ai pas besoin de dire que pour les cas aigus, les traumatisés, les névralgiques, les hystériques, le travail du non-médecin doit être exclus, et autant que cela dépend du médecin il doit toujours contrôler le travail du non-médecin dans *tous les cas* et il ne doit pas distribuer des diplômes aux aides-masseurs qui prêtent un cachet médical quelconque.

LE PRÉSIDENT clôt la discussion.

## **De la réduction non sanglante de la luxation congénitale**

*par le M. D<sup>r</sup> Gourdon (Bordeaux).*

M. le D<sup>r</sup> GOURDON (Bordeaux) expose sa communication et montre par de nombreuses photographies les résultats obtenus et les conditions de l'intervention.

M. le D<sup>r</sup> TILANUS (Amsterdam). — Je dois insister sur ce point qu'on ne doit pas opérer les enfants trop jeunes. J'ai fait très souvent cette opération presque toujours avec un résultat parfait, mais justement dans les derniers temps j'ai eu beaucoup de difficultés avec un enfant de 2 1/2 ans. D'abord les enfants qui n'uri-



nent pas dans le lit sans pansement plâtré, le font bien après l'opération, ce qui donne beaucoup de difficulté, rend même de temps en temps le traitement impossible. Ensuite pendant que la réduction chez les enfants très jeunes sera plus facile, la contention sera justement plus difficile. Je crois qu'on doit traiter les enfants de préférence à l'âge de 3 ans.

M. GOURDON (de Bordeaux). — Je n'ai donné, vu les limites d'une communication, que des aperçus généraux sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, je n'ai donc pu fixer avec détails, les limites d'âge maxima et minima dans lesquelles cette intervention peut être pratiquée.

Il est sûr que si l'enfant urine habituellement au lit on doit reculer l'intervention, mais s'il n'urine qu'accidentellement au lit j'opère dès l'âge de deux ans, il faut une plus grande précision pour fixer en bonne place l'extrémité du fémur, mais les résultats sont parfaits, plus rapides et très facilement obtenus.

## 1° Rééducation de la fonction après traumatisme et surtout rééducation de la marche.

### 2° Traitement de l'hydarthrose

*par M<sup>r</sup> le D<sup>r</sup> DAGRON (Paris).*

M. le D<sup>r</sup> DAGRON écrit qu'il est empêché pour cause de maladie de faire lui même ses communications et prie d'en lire les conclusions.

M. le D<sup>r</sup> PAUL ARCHAMBAUD (Paris). — Les deux communications de notre confrère Dagron présentent le plus haut intérêt.

Il attire notre attention sur l'inflammation des bourses séreuses périarticulaires, inflammation signalée, il est vrai, dans la plupart des auteurs, mais trop souvent confondue par le praticien avec les affections articulaires proprement dites.

Un fait, cependant, m'a surpris, dans la première de ces communications, c'est la brièveté de la durée du traitement.

Quinze à vingt jours me semblent, en effet, suffisants pour la résolution de l'hydarthrose, mais la résorption de l'exsudat est loin de représenter le terme ultime des accidents et si on ne traite pas d'une façon méthodique et suivie l'atrophie, qui est la règle dans ces cas, on s'expose à des rechutes d'autant plus nombreuses

que la faiblesse des muscles qui font mouvoir l'articulation sera une fâcheuse prédisposition pour les entorses ultérieures.

Cette atrophie, vous le savez, demande non pas quinze à vingt jours, mais bien de longs mois, suivant son intensité, et malgré le traitement massothérapique et électrothérapique le mieux appliqué.

Quant à la rééducation de la fonction dans les membres traumatisés, qui fait le sujet de la seconde communication de notre confrère, elle n'est autre que le traitement *dit suédois* des affections articulaires.

Ce traitement, bien que dénommé suédois, est mis en pratique par tous les massothérapeutes. Le seul inconvénient de la méthode est sa difficulté apparente.

Je dis apparente, car les divers auteurs qui en ont parlé en ont compliqué, comme à dessein, la théorie.

Cette théorie, à mon avis, peut se résumer en quelques mots :

« Masser d'abord le membre suivant les règles générales établies, puis faire faire à l'articulation malade tous les mouvements qu'elle est susceptible d'exécuter physiologiquement. »

Ces mouvements devront être, à chaque séance, *passifs, actifs*, puis *passifs-actifs* ou contrariés, de manière à mettre en action tous les muscles, sans exception.

L'intensité et la forme de ces mouvements devront être subordonnées à la qualité et à l'intensité de la lésion.

En agissant ainsi, on obtiendra, d'une façon à peu près certaine, l'amélioration ou la guérison de toutes ces impotences articulaires et de toutes ces atrophies qui font le désespoir des médecins qui ne croient pas encore ou ne veulent pas croire à l'influence de la physiothérapie.

### **Nouveau piano, comme moyen prophylactique de la crampe des pianistes.**

*par M. le Prof. Zabludowski (Berlin).*

M. le Prof. ZABLUDOWSKI expose le maniement de son piano, qu'il démontrera à l'exposition annexée au Congrès (v. p. 23).

*Séance du 14 août 1905. — Matin.*

---

Président : M. le Prof. SIGALAS (Bordeaux).

Secrétaire : M. le Dr GUNZBURG (Anvers).

*La séance est ouverte à 9 h. 15.*

---

### **Motion d'ordre.**

*Sur la proposition de M. le Dr ARCHAMBAUD, il est décidé que les rapports des membres absents seront simplement déposés sur le bureau, et ne seront pas soumis à la discussion.*

### **Traitement de la Scoliose par le massage**

*par M. le Dr Schanz, (Dresde.)*

M. le Dr SCHANZ, rapporteur étant absent, les conclusions sont déposées, mais non discutées.

### **Traitement mécano-thérapique de la Scoliose**

*par M. le Dr Le Marinel, (Bruxelles.)*

M. le Dr LE MARINEL expose ses conclusions et les résultats cliniques de la méthode.

M. le Dr GOURDON (Bordeaux.) — Je ne crois pas que la *fixité* du rachis soit le seul symptôme qui caractérise la scoliose grave. Il en est un autre qui peut se produire, même quand la souplesse de la colonne vertébrale est encore suffisante ; c'est la rotation exagérée des corps vertébraux que l'on peut apprécier par la nature de l'angle costal postérieur. Chaque fois que la colonne est souple et que cet angle costal est *moussé*, largement ouvert, la scoliose peut être considérée comme du deuxième degré, c'est-à-dire redressable en grande partie ; chaque fois que la colonne étant encore suffisamment souple, l'angle costal est *aigu*, la

scoliose doit être considérée comme grave. J'en ai actuellement un exemple très net dans mon service de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux.

Quant au corset, j'en considère l'emploi comme *indispensable*, comme complément du traitement de la scoliose grave. Le corset doit être appliqué quand la colonne vertébrale a été d'abord assouplie, et quand, déjà, on a obtenu un redressement apparent ; le corset, amovible, se moule exactement sur le thorax placé en position redressée et ce corset doit être changé assez souvent, le thorax se développant rapidement sous l'influence du traitement. Il faut donc faire l'appareil en plâtre qui peut être changé facilement et coûte peu cher.

Le corset se porte tout le temps entre les séances de traitement, et on le quittera la nuit car la colonne vertébrale étant au repos ne peut se déformer par surchage.

Au point de vue pathogénique, la cause la plus fréquente n'est pas l'attitude prise en écrivant, mais l'attitude assise et debout. D'après les statistiques de mon service de l'Hôpital des Enfants et de ma clinique privée, publiées dans une communication au Congrès des Sociétés Savantes de 1903, j'en arrive à cette conclusion : les scolioses les plus fréquentes sont les scolioses statiques unilatérales totales ou avec maximum de courbure dorso-lombaire, or ces déviations sont l'expression de mauvaises attitudes assise ou debout. Cela s'explique quand on songe que les enfants restent plus longtemps assis ou debout que dans la position d'écriture.

M. le Dr ROSENTHAL (Paris).— Il existe dans la scoliose au début un facteur respiratoire. Souvent les scoliotiques respirent mal d'un côté, comme on peut le constater par les graphiques, la stéthographie bilatérale, et le centimètre symétrique. Lorsqu'on constate la respiration unilatérale, il faut adjoindre au traitement quelques exercices respiratoires.

M. le Dr SAQUET (Nantes).— Je crois devoir attirer l'attention de mes éminents collègues sur un point de l'étiologie et du traitement que j'ai déjà signalé dans un rapport au Congrès de Pédiatrie de Nantes 1901.

Il s'agit de la raideur des épaules qui accompagne toujours ou presque la scoliose et qui doit être traitée par la mobilisation.

Ceci avait déjà été observé par les Suédois, au moins implicitement, puisqu'on trouve dans leur traitement des exercices de bras,



mais ceci est insuffisant, il faut en outre de la mobilisation forcée, en plus des exercices.

Et j'ai vu à la suite de cette manière d'agir, ou une guérison complète dans les cas légers, ou une grande amélioration dans les cas graves.

M. le Dr KOUINDJI (Paris). — Je partage d'une façon absolue l'opinion de notre collègue pour le traitement de la scoliose de 1<sup>er</sup> degré. Malheureusement, il est difficile d'attirer l'attention des parents sur l'attitude vicieuse de l'enfant. Dans ce degré, j'ai obtenu une guérison complète de la déviation. Dans la scoliose du deuxième degré le traitement kinésithérapique nous permet d'obtenir une amélioration incontestable. J'ai eu l'occasion de soigner plusieurs cas de scoliose de ce degré et j'ai obtenu des améliorations très notables, même parmi ceux qui ont été soignés par les corsets plâtrés. Ici l'enfant présente souvent une déviation plus grave encore. J'emploie le corset, comme appareil de contention et non comme appareil de redressement. Une question se pose concernant la pathogénie des muscles de dos. Le massage ici doit être employé pour combattre l'hypotonie des muscles de la convexité, en laissant les muscles de la concavité, qui sont en état de contracture. En massant les muscles de la convexité, nous obtenons ainsi un supplément de l'appareil de contention.

M. le Dr DECRET (Madrid). — On n'a pas parlé jusqu'à présent de la fréquence des hypertrophies des amygdales, comme cause de la fréquence des scoliozes.

Nous avons fait en Espagne des expériences et avons examiné, mon confrère le Dr Barajes, laryngologue, et moi, des malades atteints d'hypertrophies des amygdales : presque tous sont atteints de scoliose. Nous avons fait l'ablation des amygdales et après un an ils furent guéris ou améliorés selon le degré qu'ils avaient.

Il faut penser que les corsets entravent la respiration et alors on doit les appliquer prudemment. Depuis l'année 1880 j'ai traité un nombre considérable de scoliozes ; j'observe que dans les scoliozes du 2<sup>e</sup> degré selon la classification de M<sup>e</sup> Le Marinel la plupart ont été améliorés par la mécanothérapie sans corset mieux qu'avec corset.

M. le Dr FAURE (Paris). — Il y a certainement des scoliozes par insuffisance neuro-motrice. En ce cas, tantôt on trouve d'autres insuffisances analogues, (par exemple celle de la paroi abdominale), tantôt une obstruction ou une lésion des voies respiratoires,

qui a empêché le sujet de développer son thorax (et par conséquent sa musculature thoracique) par la respiration complète et profonde. Ce sont les mêmes muscles qui servent à respirer et qui maintiennent le thorax et la colonne vertébrale dans la bonne attitude, ce qui explique la relation des scolioses et des insuffisances respiratoires.

Ces formes de scolioses doivent être différenciées des scolioses à point de départ osseux ; celles-ci en effet sont justiciables de traitements différents. Les scolioses par insuffisance musculaire sont bien plus justiciables de gymnastique méthodique et d'éducation motrice que d'appareils orthopédiques qui encouragent la faiblesse musculaire en remplaçant le muscle par un tuteur.

M. le D<sup>r</sup> ZABLUDOWSKI (Berlin). — Il y a certaines relations entre la méthode d'écriture et de jouer du piano et les scolioses légères. J'ai vu des cas de maladies des écrivains et des musiciens qui n'étaient améliorées qu'après qu'ils eurent reçu un corset léger et vice-versa en changeant la méthode d'écrire ou de jouer du piano on a amené la guérison des scolioses légères.

M<sup>r</sup> le D<sup>r</sup> ARCHAMBAUD, (Paris), — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication du docteur Le Marinel et je partage, en tous points, ses idées, tant sur la symptomatologie que sur le traitement de la scoliose.

Je demanderai, à ce sujet, à signaler un fait qui m'a semblé intéressant, en ce qui concerne l'étiologie de la scoliose, c'est l'usage du piano chez les tout jeunes enfants.

Les dimensions du clavier et les nécessités de l'harmonie, qui exigent un jeu plus actif sur les touches des octaves hautes que sur celles des octaves basses, obligent l'enfant à se courber continuellement sur le côté droit et occasionnent chez lui une courbure latérale.

Pour corriger cette courbure, il suffirait, dans les cas légers du moins, de rapprocher l'enfant de l'extrémité droite du piano ; mais je me suis heurté, dans presque tous les cas, à la résistance des professeurs de musique.

Le piano de notre collègue, le professeur Zabłudowsky, s'il était adopté, remédierait sans doute à cette déformation, mais je crains qu'il mette de longues années encore à être usité partout.

En résumé, je tenais à ajouter cette considération à celle, déjà signalée dans tous les auteurs, de l'attitude vicieuse des enfants à l'école.

M. le D<sup>r</sup> SAQUET (Nantes). — Je dois dire que j'ai essayé un certain nombre de fois le corset-ceinture ou plutôt la ceinture sous-abdominale d'une doctoresse exerçant en France; ce corset-ceinture aurait pour avantage de faire tenir mieux les scoliotiques au début, j'ai essayé sans aucun résultat cette ceinture.

M. le D<sup>r</sup> ROSENTHAL (Paris). — M. Gourdon signale la possibilité des scolioses chez des enfants musclés. Cela vient à l'appui de la théorie que je soutiens, que la respiration est une synergie fonctionnelle. Des débardeurs meurent de tuberculose parce qu'ils ne savent pas se servir de gros muscles. Il faut apprendre aux enfants à se servir de leurs muscles pour respirer.

M. le D<sup>r</sup> DECRET (Madrid). — La respiration est une question de mécanique; elle comprend le traitement de gymnastique. Le corset dans les scolioses doit être placé le plus tard possible, parce que le poumon est entravé dans son développement et que c'est là un point important dans l'étiologie de la scoliose.

M. le D<sup>r</sup> LE MARINEL (Bruxelles), reprend les diverses objections présentées et les met en rapport avec ses conclusions.

M. le Prof. SIGALAS (Bordeaux). — Tous les auteurs qui se sont occupés de la thérapeutique de la scoliose ont, depuis longtemps, reconnu et signalé l'importance des exercices respiratoires, à la base du traitement. En outre, si, à l'aide d'un thoracomètre, on ajoute au diagramme de la ligne des apophyses vertébrales le contour du thorax *en inspiration et en expiration*, on obtient un double tracé qui montre toujours chez le scoliotique une différence dans l'augmentation thoracique des deux moitiés du thorax. C'est pour lutter contre cette inégalité respiratoire qu'on conseille des exercices de respiration unilatérale qui agissent en même temps sur les déformations vertébrale et thoracique.

Pour ce qui est du corset orthopédique, nous pensons qu'il doit être réservé aux formes graves de scoliose nettement osseuse, rachitique et contre lesquelles la gymnastique seule est impuissante pour réaliser et maintenir une amélioration notable.

## L'Education des Mouvements

par M. le D<sup>r</sup> Faure (La Malou).

M. le D<sup>r</sup> FAURE expose son rapport sur l'éducation des mouvements et annonce une 2<sup>e</sup> partie traitant de la rééducation du mouvement.

M. le Dr ROSENTHAL (Paris). — M. Maurice Faure tient à établir une distinction entre la Gymnastique et la Rééducation. Je ne crois pas nécessaire d'établir une longue discussion sur ces mots. Le mot d'asystolie est mauvais, on s'en sert sans inconvénient.

Mais il ne faut pas oublier que le développement des muscles respiratoires (gymnastique) retentit sur la synergie respiratoire (rééducation) et que le développement de la fonction (rééducation) développe le muscle (gymnastique).

Voilà pourquoi je continuerai à intituler mes recherches Gymnastique et Rééducation respiratoires, d'autant plus que je ne veux pas supprimer le terme de gymnastique, utilisé par mes éminents prédécesseurs et confrères de physiothérapie.

M. le Dr FAURE (Le Malou). — Une science bien faite est une langue bien faite. Tout le monde s'entend sur le sens du mot « Gymnastique respiratoire ». Faire de la Gymnastique sous le nom de Rééducation ne change rien et n'ajoute rien à la gymnastique respiratoire. Mais cela risque de créer une confusion fâcheuse, puisque le terme de Rééducation motrice a été créé et est employé régulièrement depuis une dizaine d'années pour désigner tout autre chose que la gymnastique respiratoire, à savoir la reconstitution d'un mécanisme psycho-moteur chez les sujets auquel une lésion du système nerveux a fait perdre l'usage d'un mécanisme créé par une éducation préalable, celle de la marche, de l'écriture ou de la parole par exemple. C'est chose bien différente que de développer la respiration chez des sujets qui respirent déjà, qui n'ont point cessé de respirer, qui n'ont jamais d'ailleurs subi d'éducation à ce sujet.

### **A propos de la Leucocytose temporaire et permanente provoquée par le massage.**

*par M. le Prof. Angelo Volpe (Naples).*

M. le Prof. ANGELO VOLPE étant absent, sa communication (*en italien*) est déposée.

L'auteur a soumis au massage les sujets atteints d'affections les plus diverses et a examiné leur sang avant et après la séance, au moyen du globinomètre de Thomas Zeiss, après fixation à 110-120° et coloration à l'éosine à 5 % et hématoxyline Dellafield, ou bien d'éosine-bleu de méthylène.

Aussitôt après le massage on observa une augmentation des polynucléaires par rapport au membre non massé. Cette leucocy-



tose avait augmenté de 25-30%, et se maintenait pendant quelques temps à 10-15 %.

La leucocytose temporaire peut-être due à une accélération circulatoire, mais la leucocytose persistante doit être mise sur le compte de l'action du massage sur le système lymphatique.

Des recherches ultérieures montreront jusqu'à quel point cette action est utilisée par l'organisme comme défense antitoxique.

### **Traitement du rhumatisme articulaire aigu franc par le massage au pétrole.**

*Communication de M. le Dr Sarafidi (Constantza).*

La communication est distribuée.

### **Le Traitement de l'angine de poitrine par la gymnastique et le massage du thorax**

*par M. le Dr Hasebroek (Hambourg).*

M. le D<sup>r</sup> HASEBROEK (*en allemand*) décrit plusieurs cas traités par la gymnastique aux appareils Zander, qui sont applicables, à l'artériosclérose parce qu'ils évitent toute fatigue. Il attire l'attention sur un symptôme de diagnostic spécial de l'angine de poitrine — et insiste sur les avantages de la gymnastique médico-mécanique dans les affections internes.

### **L'arthromoteur et les suites d'accidents**

*par M. le Dr Grounauer (Genève).*

M. le D<sup>r</sup> L. GROUNAUER lit une communication concernant l'arthromoteur, dont une notice se trouve dans le chapitre de l'exposition.

### **Le Massage précordial dans les maladies du Cœur**

*par M. le Dr Cautru (Paris).*

M. le D<sup>r</sup> FAURE (La Malou) lit ce travail, démontrant par l'étude théorique et clinique l'importance du massage précordial dans les affections du cœur.

1° régulariser la pression artérielle ;

OCT 9 1922

— 50 —

LIBRARY

2° régulariser le travail du muscle cardiaque.

3° diminuer la matité du cœur par l'intermédiaire du reflexe cardiaque.

M. le D<sup>r</sup> KOUINDJY (Paris). — La communication de notre ami Cautru est d'importance capitale au point de vu du massage thérapeutique. Le massage intervient dans le traitement des cardiopathies, d'abord comme action directe, ensuite comme diurétique. Cette dernière propriété a permis au prof. Huchard d'appeler le massage dans le traitement des maladies du cœur, la digitale des doigts. En effet cette action diurétique est fort remarquable ; il m'est arrivé d'obtenir une augmentation de 400 gr. en 24 h. à 1400 gr.—1600 gr. L'action du massage abdominal est d'une portée telle que son utilisation doit être généralisée.

M. le D<sup>r</sup> SAQUET : Quelle est la valeur thérapeutique du massage abdominal exclusif ?

MM. les D<sup>rs</sup> KOUINDJY, GOURDON et ARCHAMBAUD en ont obtenu des résultats très satisfaisants.

### **Contribution à l'étude de la Méthode rééducatrice dans le traitement des ataxies.**

*par M. le D<sup>r</sup> Decref (Madrid).*

M. le D<sup>r</sup> DECREF expose ses idées concernant la rééducation et insiste fortement sur la progression méthodique des exercices.

M. le D<sup>r</sup> FAURE (Le Malou) confirme les résultats obtenus par Mr Decref. Cette méthode, cependant, a été appliquée depuis très longtemps dans la chorée ; l'idée de rééducation n'est donc pas nouvelle ; Fraenkel et Decref y ont pourtant apporté des idées nouvelles.

### **Massage humide comme moyen de traitement et de diagnostic**

*par M. le D<sup>r</sup> Decref (Madrid).*

M. le D<sup>r</sup> DECREF expose sa méthode, consistant à produire de la vapeur sèche lancée sur l'endroit massé, au moment du massage. Il a appliqué cette méthode dans les arthrites traumatiques et autres, et dans les fractures anciennes. Si, dans une arthrite, après un traitement de ce genre d'une durée de 9 jours on n'obtient pas d'apaisement de la douleur, c'est que l'arthrite est de mauvaise nature.

M. les D<sup>rs</sup> KOUINDJY et GROUNAUER pensent que la vapeur est inutile et que le massage-seul suffit.

M. le D<sup>r</sup> DECRET attribue à l'eau une dilatation vasculaire très utile au diagnostic et surtout au traitement.

*La séance est levée à midi.*

*Séance du 14 Août 1905, après-midi.*

Président : M. le D<sup>r</sup> LE MARINEL (Bruxelles).

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> GUNZBURG (Anvers).

*La séance est ouverte à 3 heures.*

---

### **Kinésithérapie pulmonaire.**

*Par M. le D<sup>r</sup> Gommaerts (Gand).*

M. le D<sup>r</sup> GOMMAERTS décrit la méthode de kinésithérapie pulmonaire et en pose les indications. — (La discussion est remise jusqu'après le rapport de M. le D<sup>r</sup> Rosenthal, pour réunir les deux travaux dans la même discussion).

### **La gymnastique et la rééducation respiratoire, traitement prophylactique des rhino-adénoïdiens et des faux adénoïdiens.**

*Par M. le D<sup>r</sup> Rosenthal (Paris).*

M. le D<sup>r</sup> ROSENTHAL fait l'exposé détaillé de ses recherches sur la rééducation respiratoire, sur les sommets de Grancher et montre les résultats splendides que peut donner la méthode comme moyen prophylactique de la tuberculose.

### *Discussion des deux rapports.*

M. le D<sup>r</sup> GOMMAERTS (Gand). — Je rends hommage à notre honorable confrère Rosenthal, pour son savant rapport. Du choc des idées jaillit la lumière. Je tiens à dire que le travail de notre confrère ne peut être que le complément du nôtre.

Il est bien entendu qu'au point de vue de la respiration, il faut les trois conditions physiologiques. Ce que nous recherchons surtout c'est l'éducation et la rééducation de la fonction pulmonaire. De ce fait il résulte qu'il faut supprimer les obstacles qui peuvent surgir dans les voies nasales, dans le thorax et du côté du diaphragme.

J'estime donc que nous serons tous d'accord pour admettre



qu'avant tout il faut enlever les obstacles des premières voies aériennes, avant d'entamer le traitement de gymnastique pulmonaire pour obtenir les meilleurs résultats. Quant à l'éducation du diaphragme dont parle le confrère Rosenthal, celle-ci je crois, se fait surtout par entraînement.

J'estime comme le fait le confrère Rosenthal, qu'il faut insister sur la nécessité de l'auscultation sus-claviculaire. En résumé, le traitement par la gymnastique pulmonaire doit avant tout être préventif. C'est à l'enfant qu'il faut apprendre à respirer.

M. le D<sup>r</sup> KOUNDJY (Paris). — La gymnastique respiratoire dont l'initiative est contestée au rapporteur, constitue quand même une innovation dans la médecine. Et de fait, il existe des travaux antérieurs à ceux du rapporteur ; ainsi pour ma part je puis vous citer un travail de nos confrères Baratoux et Barbier je crois, qui parut il y a une quinzaine d'années. S'il faut remonter à l'origine de la gymnastique respiratoire, nous trouvons une description détaillée chez Oribaze sur la gymnastique respiratoire des brahmistes, qui est vraiment curieuse à lire. Les brahmistes entourant la gymnastique des voies respiratoires dans un cadre religieux, appliquèrent néanmoins cette gymnastique au traitement des pleurésies, de l'asthme, des bronchites etc. Mais, cette méthode, comme celle décrite par les auteurs plus modernes, est énoncée d'une façon générale sans aucune indication spéciale. M. Rosenthal et M. Gommaerts ont eu le mérite d'établir pour ainsi dire la méthodicité de cette pratique physiothérapique. Il est vrai que ces auteurs ont été guidés par le progrès de la médecine moderne. Il m'est arrivé d'essayer la rééducation respiratoire et je puis vous assurer que les résultats sont vraiment encourageants et je crois que c'est surtout, parce que je me suis laissé guider pour appliquer la gymnastique respiratoire par les indications et les contre-indications, énumérées par les deux rapporteurs ici présents. La gymnastique respiratoire est une des branches qui continueront à fortifier la physiothérapie scientifique du domaine du corps médical.

M. le Prof. SIGALAS. — M. Rosenthal nous a donné un très intéressant rapport sur la gymnastique et la respiration respiratoires. Je suis heureux de n'avoir qu'à confirmer les résultats heureux de cette méthode thérapeutique chez les sujets atteints d'insuffisance respiratoire

Je veux simplement ici relever la méthode de mesure qu'il

indique pour suivre les progrès du traitement, méthode basée sur la mensuration des périmètres thoraciques xyphoïdien et axillaire et de la hauteur du sternum, desquels on déduit la capacité pulmonaire.

Cette méthode, suffisante pour donner des résultats comparatifs sur un même sujet n'est, évidemment, qu'approximative et me paraît devoir être remplacée par la *méthode spirométrique directe* : non point celle qui consiste à mesurer la *capacité pulmonaire maxima*, c'est à dire le volume d'air compris entre une inspiration et une expiration maxima, mais bien celle qui a pour but de mesurer ce qu'on appelle en physiologie *l'air courant* c'est-à-dire le volume d'air qui entre dans l'appareil pulmonaire et qui en sort à chaque mouvement respiratoire physiologique

Le dispositif que j'emploie consiste en un compteur à gaz de précision, relié à un système de soupapes de Muller bien connues en physiologie et à un robinet à trois voies qui sépare les soupapes de la bouche du sujet.

On fait respirer le sujet *à vide*, dans le robinet à trois voies pendant quelques minutes, puis, lorsque le type normal est établi, on tourne le robinet et on lance l'air expiré à travers le compteur. Le volume de l'air indiqué par le compteur, divisé par le nombre des mouvements respiratoires, donne la mesure de *l'air courant* du sujet.

Dans ces derniers temps, j'ai remplacé la soupape buccale de Denayrouge par les soupapes bi-nasales de Chauveau et Tissot, préférables dans le cas particulier qui nous occupe, puisque nous cherchons à rétablir chez nos malades la respiration à *type nasal*.

M. le Dr LE MARINEL. — Il me semble que le désaccord entre M. le Dr Rosenthal et ceux qui préconisent la gymnastique respiratoire mécanique est plus apparent que réel. Voici dix ans que je me sers des appareils Zander pour faire la gymnastique respiratoire, mais j'avais, auparavant, fait de la gymnastique et de la rééducation respiratoire manuelles pendant huit ans et je puis donc, en connaissance de cause, parler des deux méthodes. Je n'hésite pas à déclarer qu'elles ne peuvent se remplacer, qu'elles se complètent d'une façon des plus intime et des plus heureuse et ne sauraient être substituées l'une à l'autre.

La gymnastique respiratoire manuelle est, évidemment, la seule qui puisse être appliquée dans le cas où le malade est alité, comme

dans le cas très intéressant de pleurésie aiguë cité par le confrère Rosenthal. C'est, à peu près, ce qui arrive, lorsque j'ai à soigner une fracture du péroné ou une entorse grave et que mon malade n'étant pas transportable, je suis obligé de lui faire à la main les mouvements passifs qui eussent été faits, cependant, d'une façon beaucoup plus précise et plus méthodique par les appareils Zander.

J'ajouterai que l'appareil de respiration de Zander a un très grand avantage au point de vue de l'éducation respiratoire sur la méthode manuelle, parce qu'il est passif, que l'amplitude du mouvement respiratoire peut-être réglée et que l'enfant est *obligé* d'exécuter le mouvement tel qu'il a été prescrit. D'automatique le mouvement devient, à la longue, actif alors que par l'éducation seule — sans l'aide automatique de l'appareil — ce résultat est très difficile à obtenir.

Ce qui me confirme dans cette idée, ce sont les résultats obtenus dans mon Institut chez les asthmatiques, surtout chez les jeunes enfants, alors que je n'ai jamais obtenu aucun résultat chez ces mêmes malades quand que je ne me servais que de la gymnastique respiratoire manuelle.

M. le D<sup>r</sup> GOMMAERTS. — En réponse à ce que vient de dire le D<sup>r</sup> Le Marinel, je tiens à corroborer les faits qu'ils cite : la gymnastique passive *d'abord*, amène l'entraînement. Ensuite la gymnastique active fera son effet.

M. le D<sup>r</sup> ROSENTHAL. — Je vous remercie de l'accueil si aimable que vous m'avez fait. Je n'ai rien à répondre à M<sup>r</sup> Gommaerts. Nous sommes d'accord sur ce point essentiel que la Mécanothérapie et la rééducation se complètent sans se faire concurrence. Le procédé de M<sup>r</sup> Sigalas est très intéressant et je lui promets de m'en servir, en le remerciant de l'appui que donne son autorité scientifique à son approbation. Quant aux travaux que me signale M<sup>r</sup> Kouindjy, j'en ai cité ceux que je connaissais dans mes travaux antérieurs. Je crois avoir systématisé comme l'ont dit nos confrères, une méthode qui n'est point nouvelle.

Je dois déclarer à notre président, que j'ai eu de mauvais résultats dans l'asthme, et puisque la mécanothérapie réussit entre ses mains, j'y aurai recours dorénavant.

Je me félicite aussi de notre accord sur l'inutilité des discussions

de mots et de dénominations. Les faits seuls importent, ainsi en avons-nous décidé.

## **Nouvelle méthode technique de traitement de l'obstruction intestinale.**

*Rapport de M. le Dr Solé y Forn (Madrid).*

M. le Dr SOLÉ Y FORN n'a pu assister à la séance. Le travail accompagné des figures explicatives a été distribué.

### **L'Expression du fœtus par la voie abdominale.**

En l'absence de M. le Dr KEIM (Paris) les conclusions sont lues par M. Rosenthal.

#### *Conclusions.*

L'expression du fœtus par la voie abdominale est une intervention physiologique, on peut exprimer le fœtus dans sa totalité ou une des parties. Elle réussit facilement quand le col est dilaté, et a son indication en cas de souffrance du fœtus ou d'état grave de la mère ; il y a contreindication, en cas d'inertie utérine absolue.

La technique est simple : on opère des deux mains, pendant la contraction, sans trop d'intensité, pendant 15 à 20 minutes. La femme doit se trouver, de préférence, en hyperflexion des membres inférieurs sur l'abdomen (position de la taille périnéale).

Par cette intervention l'inertie utérine devient plus rare, le périnée peut être mieux conservé intact ; elle n'a aucune influence sur la délivrance, les suites des couches sont normales, elle ne cause jamais la mort du fœtus comme on l'a cru. Les hémorragies cérébrospinales ne sont pas plus fréquentes qu'après les autres modes d'accouchement, pas plus que la compression du système nerveux. Ces résultats démontrés par la clinique et la statistique ont été vérifiés par l'expérimentation sur les cadavres, et l'expression semble à l'auteur une méthode au moins aussi recommandable que la traction.



## **La gymnastique des arriérés.**

*par M. le Dr Courjon (Lyon).*

### *Conclusions.*

Les enfants anormaux ont encore plus que les normaux besoin d'être soumis à des exercices gymnastiques rationnels. Ceux-ci doivent, non seulement fortifier le système musculaire, mais exercer et discipliner le système nerveux.

Il faut entreprendre successivement : la gymnastique des membres inférieurs et l'éducation de la marche, les membres supérieurs, la préhension, l'éducation de la main et du toucher manuel.

La gymnastique des sens, ou éducation sensorielle.

La gymnastique respiratoire ou enseignement de la parole, pour terminer par la gymnastique générale.

## **De la colite interstitielle chronique causant de graves neurasthénies.**

*par M. le Dr Vassilidès (Athènes).*

M. le Dr VASSILIDÈS applique le massage vibratoire et un traitement général (des demi bains tièdes et l'auto-conduction) et obtient d'excellents résultats.

La gravité de ces affections réside surtout dans l'atonie neurasthénique et exige un traitement persévérant.

## **La vibrothérapie et ses applications.**

*par M. le Dr Garcias Fraguas (Saragosse).*

M. le Dr FRAGUAS envoie une communication qui fait l'histoire et la description de plusieurs appareils vibrateurs.

## **Appareil redresseur des gibbosités.**

*par M. le Dr Kaisin (Floreffé).*

M. le Dr KAISIN donne des explications théoriques sur son appareil pour le redressement.

## Appareil redresseur des déformations.

*Par M. le D<sup>r</sup> Gabrielli (Florence).*

M. le D<sup>r</sup> GABRIELLI démontre un appareil fort ingénieux pour maintenir le résultat obtenu par la chirurgie opératoire et le traitement physique dans les déformations des pieds.

M. le D<sup>r</sup> GOURDON (Bordeaux).— M. Gabrielli a nettement précisé que dans le pied bot paralytique il faut que le traitement soit basé après ténotomie, sur l'électrothérapie, le massage etc.

L'appareil ne peut et ne doit constituer qu'un soutien pour supporter le pied flasque — et empêcher les déformations consécutives du squelette.

## Quelques remarques sur la méthode manuelle de Kellgren

*par M. le D<sup>r</sup> Axel Tagesson Moeller (Berlin).*

M. le D<sup>r</sup> MOELLER se déclare partisan de la méthode de Kellgren, vulgarisée par le livre du D<sup>r</sup> Cyriax.

### *Conclusions.*

Jusqu'à présent la méthode est méconnue par le corps médical. A mon avis elle constitue une amélioration et une précision de la massothérapie.

Elle se compose de massage, de gymnastique médicale, de stimulation mécanique des nerfs et de diverses vibrations.

La méthode de Kellgren rejette le *massage* à nu, le linge interposé entre la main du masseur et le corps du patient n'est pas une gêne, au contraire dans certaines manœuvres, comme le pétrissage, c'est un élément utile.

Quant à la *gymnastique médicale*, notons qu'un muscle donne plus de rendement à l'état tendu qu'à l'état relâché, — il faut donc que la position initiale des mouvements actifs ou passifs soit toujours l'extension. En second lieu, le principe s'applique dans les affections articulaires douloureuses. En écartant les surfaces articulaires par la surextension on peut faire des mouvements dans les affections les plus douloureuses (p. ex. arthrite uratique ou rhumatismes). En troisième lieu : la surextension des gaines nerveuses, et des vaisseaux favorise la circulation et la résorption.

La *stimulation mécanique* et la *vibration* doivent être exécutées scrupuleusement d'après les données de Kellgren.

Enfin je tiens à faire remarquer que la méthode a une action très marquée sur les états fébriles, par les vibrations cardiaques, le massage abdominal, le traitement du rachis et de la tête, la vibration thoracique et les frictions intercostales (p. ex. dans la pneumonie).

Mon expérience m'a démontré que cette méthode pour laquelle il faut acquérir une grande habileté, peut étendre le massage aux affections qui n'en bénéficieraient pas jusqu'à présent.

M. le D<sup>r</sup> KOUNDIY (Paris). — Je saisis l'occasion qui se présente pour mettre en garde contre la tendance qu'ont quelques empiriques de faire de la vibration une méthode spéciale de Kinésithérapie. La vibration est une manœuvre de la massothérapie, au même titre que les effleurages, le pétrissage etc.

Je suis d'avis que mes collègues de ce congrès seront unanimes à affirmer que la vibration est une manœuvre massothérapique et non pas une méthode kinésithérapique à part.

### **Le traitement de Thure Brandt en France**

*par M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sosnowska (Paris).*

C'est un exposé de la méthode et surtout des résultats obtenus par M<sup>me</sup> Sosnowska en France dans les dernières années.

## Section II. A. = Hydrothérapie, Thermothérapie, Climatothérapie.

*Séance du 13 août 1905, à 9 h. du matin.*

Président : M. le Dr ESPINA Y CAPO (Madrid).

Secrétaire : M. le Dr L. DEKEYSER (Bruxelles).

---

### Bains thermolumineux électriques.

*par M. le Dr Allard (Paris).*

M. le Dr ALLARD expose son rapport publié in extenso.

M. le Dr DESCHAMPS (Rennes).— Je suis avec beaucoup d'intérêt la thérapeutique par les radiations lumineuses et calorifiques, mais je crains que l'on cède trop à la mode lorsque l'on préfère cette méthode calorifique à la plus anciennement employée, l'eau. L'eau est le plus admirable substratum de l'agent thermique et pour cette raison on obtient les effets cherchés par des variations de température de quelques degrés. Les rhumatisants sont des refroidis internes qui doivent se réchauffer par eux mêmes, en leur fournissant de la chaleur on diminue les échanges nutritifs au lieu de les favoriser et de les activer comme on le fait par le froid.

D'autre part, on n'a jamais avantage à provoquer la sudation et les inconvénients reprochés aux anciens appareils sont le fait du procédé physiologique lui-même.

M. le Dr ALLARD répond aux observations précédentes. — M. Deschamps compare les applications de chaleur lumineuse à un changement de climat ; la différence est énorme, puisque l'application de température élevée n'est que momentanée et ce qu'on cherche à obtenir, c'est une réaction de l'organisme.

Le bain de chaleur lumineuse, élève la température interne ; il s'applique donc à la définition des ralentis de la nutrition qui ont une température interne insuffisante.

M. Deschamps accepte l'application de la chaleur pour les



vieillards, or combien de sujets jeunes sont de par leur organisme des vieillards ?

Il accepte la réfrigération comme traitement et non la calorification ; le résultat final est le même, la réaction de l'organisme.

Enfin la pigmentation qui se produit n'est qu'une réaction physiologique de l'organisme qui se produit à un degré moindre dans la vie normale au grand air.

M. le D<sup>r</sup> ALBERT WEIL (Paris) dit que les critiques de M. Deschamps s'adressent aux bains de chaleur turcs et russes et de chaleur radiante, non pas aux bains de lumière ; — les effets de la lumière sont très différents de ceux des bains de chaleur ; les auteurs qui vantent les effets des bains de lumière ont fait autre chose que de vanter des procédés plus coûteux que les bains russes, ils préconisent des méthodes thérapeutiques toutes différentes, leurs recherches sont basées en ce moment sur la pratique ; elles manquent peut être encore de fondements physiologiques, mais les affirmations de M. Deschamps sur les abaissements de température centrale chez un grand nombre de malades sont-elles si démontrées ?

M. le D<sup>r</sup> LIBOTTE (Bruxelles). — Si nous devons faire de l'hygiène nous suivrions les principes de M. Deschamps.

Mais, Messieurs, nous avons devant nous des malades, c'est à dire des fonctions impuissantes.

Nous sommes obligés alors d'avoir recours souvent à plus que de l'hygiène.

M. Deschamps accuse les bains lumineux de provoquer un climat anormal. Le séjour dans un climat passager, transitoire n'est pas comparable au séjour d'un malade dans ce même climat pendant une grande partie de son existence.

Les résultats des bains lumineux sont remarquables, la clinique le prouve.

Que de fonctions cutanées nous avons rétablies grâce à eux.

Etudions, Messieurs, l'action des différents rayons ; leurs indications thérapeutiques surgiront.

### Nécessité de l'étude de la matière médicale des couleurs en photothérapie. — Spectroscopie.

*par M. le D<sup>r</sup> Espina y Capo (Madrid).*

M. le D<sup>r</sup> ESPINA Y CAPO résume son rapport et insiste sur la

nécessité de l'étude de la matière médicale des couleurs et s'étend longuement sur les propriétés physiologiques des couleurs du spectre.

### **Le bain de lumière bleue, son action analgésique**

*par M. le Dr Albert-Weil (Paris).*

M. le Dr ALBERT-WEIL, dans sa communication rapporte 10 cas d'algies diverses guéris par le bain général bleu, et 6 cas de névralgies guéris par les bains locaux. L'action analgésique était nette et définitive.

### **Traitement par la lumière et la chaleur**

*par M. le Dr Knowsley Sibley (Londres).*

M. le Dr KNOWSLEY SIBLEY a décrit la technique et les indications des applications de chaleur sèche et s'est trouvé le mieux des appareils Dowsing.

### **Note expérimentale sur les propriétés physiologiques des bains photothermiques**

*par M. le Dr Gunzburg (Anvers.).*

M. le Dr GUNZBURG constate que l'on se contente trop d'observations cliniques en photothérapie, et que les divergences proviennent du manque d'expériences physiologiques. Il expose les résultats expérimentaux qu'il a obtenus jusqu'à présent et dont il a fait part dans diverses publications à la Société de médecine physique d'Anvers.

Ces diverses recherches de nature physiologique prouvent que le bain de lumière est un agent thérapeutique de grande importance pour l'avenir et autorisent à formuler les *conclusions suivantes* :

Au point de vue du bain général :

1° La production de sueur est excitée sensiblement et sans effets secondaires nuisibles ;

2° Il existe de la dilatation très forte des vaisseaux périphériques, entraînant une constriction vasculaire profonde, et une décongestion viscérale (diminution de la tension artérielle et du nombre des globules rouges) ;

- 3° La sensibilité douloureuse s'apaise ;
- 4° Les phosphates éliminés par l'urine sont augmentés ;
- 5° Il se fait sous l'influence du bain de lumière un emmagasinement de calorique assez notable ;
- 6° Le bain de lumière a une influence manifeste sur les différents organes et fonctions, et il est d'un maniement trop dangereux pour être appliqué en dehors de la direction constante du médecin.

Au point de vue du bain local il nous semble démontré que les bains Dowsing locaux sont éminemment *analgésiants* et favorisent en même temps dans la *profondeur des tissus, la résorption des exsudats et des épanchements, facilitant ainsi la mobilisation des ankyloses*. C'est le résultat de la réaction particulière que nous avons décrite et que nous avons appelée *réaction photothermique* et ce sont là, certes, des propriétés de très grande valeur qui méritent leur place dans l'arsenal physiothérapique moderne.

### **The solarium or electric sunbath**

*par M. l'Ingénieur Dowsing (Londres).*

M. l'INGENIEUR ROMBERG démontre le dispositif nouveau adopté par Dowsing pour le bain solaire qui présente de grands avantages.

M. le D<sup>r</sup> LIBOTTE. — Je crois nécessaire la recommandation suivante : éloigner les lampes Dowsing de la colonne vertébrale.

Sans cette précaution nous déterminerions de la congestion rachidienne très facilement.

### **La méthode Roentgen contre la méthode Finsen.**

*par M. le D<sup>r</sup> Tonta (Milan).*

M. le D<sup>r</sup> TONTA fait une intéressante communication sur une série de 100 cas de lupus qu'il a traités par la radiothérapie, selon une méthode personnelle. Il donnait des séances à intervalles de 10 à 20 jours et administrait chaque fois les plus hautes doses tolérables. Il a constaté des guérisons très satisfaisantes et des récides rares, et il croit que la méthode radiothérapique, si elle était appliquée aussi minutieusement que le Finsen, donnerait des résultats supérieurs.

M. le D<sup>r</sup> DEKEYSER, L. — Je me permettrai d'émettre quelques observations à propos du travail que vient de nous développer notre éminent confrère. Celui-ci vient de nous dire, qu'il considère la radiothérapie comme supérieure à la photothérapie dans le traitement du lupus tuberculeux. Je crois pouvoir me ranger à son avis. Je m'empresse de dire du reste que je ne nie nullement les excellents résultats que donne cette dernière méthode, qui produit une cicatrisation particulièrement simple et peu apparente. Mais je considère cependant que ce procédé n'est pas supérieur aux autres et nullement destiné à les remplacer. Cette méthode ne met pas plus que les autres procédés thérapeutiques à l'abri des récidives, pas plus que son application n'amène à coup sûr la guérison. Si nous nous plaçons à un point de vue peut-être un peu plus étroit mais cependant d'une certaine importance, puisque nous nous trouvons dans un Congrès de thérapie, nous devons reconnaître que la photothérapie reste un procédé d'hôpital, inaccessible au médecin praticien. N'oublions-pas — et l'exposition annexée au Congrès en fournit une confirmation éclatante — que les résultats obtenus exigent un nombre de séances considérable, rarement moins de 100 séances et nous voyons des cas non guéris encore après plus de 700 séances. Or, le lupus étant surtout une affection de la classe pauvre, je me demande si vraiment un procédé qui exige dans la plupart des cas de deux cents à trois cents séances et même davantage, qui utilise une instrumentation compliquée et coûteuse, dont les applications sont longues, est vraiment pratique, et si les autres traitements ne rendent pas plus de services aux malades. Il est évidemment des cas, chez lesquels une quarantaine de séances suffisent, mais il s'agit alors de petits nodules limités dans lesquels l'incision large reste le procédé de choix et le seul qui mette à l'abri de la récidive.



*Séance du 14 août 1905, à 9 heures du matin.*

Président : M. le Dr ESPINA Y CAPO (Madrid).

Secrétaire : M. le Dr L. DEKEYSER (Bruxelles).

---

## **La thermothérapie au point de vue des affections de la peau.**

*par M. le Dr L. Dekeyser (Bruxelles).*

### *Discussion.*

M. le Dr DESCHAMPS (Rennes). — Je ne retiendrai des exemples que vient de nous citer M. le Dr Dekeyser que les cas d'acné, d'eczéma et d'érythème ; je ne conteste pas l'action réelle de la chaleur, mais à cette occasion je me permettrai d'exprimer mon regret de toutes pratiques mono-physiothérapiques. On se prive ainsi des moyens de cure pathogéniques et parmi eux surtout les moyens de diététique.

M. le Dr DEKEYSER. — Je répondrai quelques mots à M. Deschamps. Lorsque le Comité d'organisation m'a fait l'honneur de me confier un rapport sur la thermothérapie appliquée à la dermatologie, j'ai pensé que je devais me renfermer strictement dans les limites du sujet que l'on me proposait de traiter ; j'ai tenu simplement à montrer quels sont les effets que l'on peut obtenir dans les affections de la peau par certaines applications de la chaleur indépendamment de tout autre traitement. Cela ne veut pas dire que j'emploierai les procédés décrits à l'exclusion de tous les autres ; je partage l'avis de M. Deschamps, lorsqu'il dit qu'il faut attacher une grande importance au traitement général dans les dermatoses, mais je le répète je n'ai eu en vue dans mon rapport que d'étudier, si la thermothérapie était applicable aux affections de la peau, dans quelles conditions elle devait être employée et quelles sont ses indications.

## Action et indications du bain de vapeur ou bain russe.

par M. le Dr Valcke (Courtrai).

M. le Dr VALCKE expose les indications générales du bain de vapeur et décrit le dispositif qu'il emploie.

M. le Dr DEKEYSER. — En qualité de dermatologiste je me permettrai de présenter quelques observations à propos de l'importance que donne M. Valcke au bain de vapeur dans certaines affections de la peau et notamment dans le psoriasis. M. Valcke nous dit qu'il considère le bain de vapeur comme le traitement de choix du psoriasis. Je ne suis pas tout à fait de son avis et j'appuie mon observation sur ce fait — que M. Valcke ne développe pas dans son rapport, mais que je trouve dans une brochure qu'il distribue à M.M. les membres du Congrès — que M. Valcke associe à l'action du bain de vapeur un traitement médicamenteux qui à lui-même est très efficace dans le traitement du psoriasis.

Voici en effet ce que dit notre confrère :

« *Procédé.* Je fais administrer au psoriasique, au moyen de mes appareils, trois bains de vapeur par semaine d'une durée moyenne de trente-cinq minutes.

Immédiatement après chaque bain, l'assistant pratique sur tout le corps et spécialement sur les plaques psoriasiques une énergique friction au savon mou et à l'eau très froide. Il applique ensuite sur les plaques une mince couche de pommade recouvrante et légèrement excitante, par exemple :

Glycérolé d'amidon . . . . .	250 grammes
Huile de cade . . . . .	50 »
Savon vert pour émulsion . . . .	
Ac. salicylique. . . . .	4 »

Le bain de vapeur congestionne momentanément la membrane cutanée, et favorise et active ainsi la résorption des infiltrats cutanés au niveau des plaques.

Je fais une application de glycérolé d'amidon pour remplacer sur la peau le vernis grassex dont elle a besoin pour se conserver intègre et qui a été enlevé par le bain de vapeur et la lotion savonneuse.

J'y incorpore de l'huile de Cade, pour provoquer et entretenir, grâce à son action excitante, le fonctionnement régulier des glandes sudoripares.»

Nous savons tous que l'huile de cade est un traitement particulièrement efficace dans le psoriasis. Dans ces conditions je me demande s'il faut considérer le bain de vapeur autrement que comme un adjuvant au traitement par l'huile de cade, médicament presque spécifique du psoriasis.

M. le D<sup>r</sup> VALCKE. — Je répondrai que les malades dont j'ai fait faire les photographies avaient été, pour la plupart, traités auparavant par l'huile du cade sans succès. Ceci me paraît démontrer l'action prédominante de bain de vapeur.

J'ajoute encore que dans le traitement du lupus tuberculeux je traite également mes malades par le bain de vapeur, la suralimentation et ensuite par les procédés locaux : cautérisation, scarification, etc. Je vous fais passer quelques photographies de cas de lupus traités de cette façon et guéris.

M. le D<sup>r</sup> DESCHAMPS (Rennes). — Je félicite M. le D<sup>r</sup> Valcke de tenir un aussi grand compte du traitement général; mais je lui demanderai d'apporter des constantes physiologiques pour appuyer son affirmation « tonique de l'économie », qu'il donne au bain de vapeur. Pour justifier cette expression, il faut démontrer que les constantes physiologiques du sujet sont améliorées. Ces constantes sont : la température interne et axillaire, la tension artérielle liée au nombre des pulsations.

M. le D<sup>r</sup> DEKEYZER. — Je ne pourrai admettre la valeur exclusive du bain de vapeur dans le traitement du psoriasis que quand M. Valcke m'aura montré une série de malades guéris par son appareil seul, sans l'intervention d'une médication active externe ou interne quelconque. Jusque là je ne pourrai considérer le bain de vapeur que comme un adjuvant. Certains de nos malades, dit-il ont subi des traitements externes sans succès, avant l'application du bain de vapeur.

Or, nous savons bien qu'un traitement qui ne paraît avoir produit aucune action chez un psoriasique pendant de long mois, peut brusquement, sous l'influence de facteurs qui nous échappent, guérir notre malade sans cependant qu'aucune modification dans le mode d'application de traitement n'eût survenue.

Pour ce qui concerne le traitement du lupus, je ferai remarquer que M. Valcke utilise les bains de vapeur à titre tout à fait accessoire et qu'il emploie les moyens généraux et locaux que nous tous nous employons. Ses lupiques sont guéris en apparence

mais rien ne dit qu'une récidive ne se produira pas et je doute que le bain de vapeur soit suffisant à l'empêcher de se produire.

M. le D<sup>r</sup> VALCKE.— Je n'emploie les pommades que pour rendre à la peau les corps gras que le bain de vapeur a fait disparaître. Je compte dans la suite n'employer que des corps gras indifférents dans ce but, afin de démontrer la grande valeur du bain de vapeur comme seul traitement des psoriasis.

### **Climatothérapie de Panticosi.**

*par M. le D<sup>r</sup> Espina y Capo (Madrid).*

M. le D<sup>r</sup> ESPINA Y CAPO expose son très intéressant rapport et insiste sur les qualités de Panticosi. Il souhaite que son exemple soit suivi et que toutes les stations balnéaires soient soumises à une étude détaillée et approfondie.

### **Traitement abortif des furoncles au moyen de la thermothérapie sèche**

*par M. le D<sup>r</sup> Nicolas Reich (Budapest).*

M. le D<sup>r</sup> NICOLAS REICH, empêché d'assister au Congrès, a transmis ses conclusions concernant sa méthode.

M. le D<sup>r</sup> DE NIET (Scheveningue). — Je regrette, que M. Reich ne soit pas présent, pour vous montrer l'effet qu'il a obtenu avec son instrument pour guérir les furoncles avec l'air chaud. Je vous dirai cependant quelques mots de cet instrument, que j'appelle un instrument très utile.

Après avoir étudié son traitement, je l'ai employé, et maintenant j'en ai fait usage dans un nombre de cas suffisant (30) pour pouvoir confirmer les succès, qu'on peut obtenir avec cet appareil, s'il est bien employé. Généralement le résultat est très satisfaisant, et parfois vraiment admirable ; on peut guérir parfois un furoncle en une séance. Mais pour cela il est nécessaire qu'après la séance le furoncle soit bien couvert au moyen d'un tissu convenable, empêchant la chaleur de s'échapper trop vite, afin de poursuivre l'effet thérapeutique pendant quelque temps encore.



## Effets comparés des diverses sources photogéniques sur l'organisme.

par M. le Dr Foveau de Courmelles (Paris).

M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES a étudié les effets de diverses sources photogéniques et en a déduit des conclusions biologiques importantes. Le travail a été distribué.

## Pri la kuracado per varmo de la ulcus venereum simplex

par M. le Dr Krikortz (Stockholm).

M. le Dr KRİKORTZ (*en esperanto*) expose son procédé très intéressant de traitement du chancre mou au moyen d'une spirale placée autour de la verge et contenant de l'eau à température constante. Pour obtenir cette température, M. Krikortz a inventé un appareil (décrit dans l'exposition).

## Quelques notions d'hydrothérapie scientifique

par M. le Dr Deschamps (Rennes).

M. le Dr DESCHAMPS résume sa communication. — L'hydrothérapie a donné lieu à autant de mécomptes que de contestations, parce que l'on ne s'entend pas sur les principes fondamentaux qui régissent son action; le nom même a détourné du sens même de l'objet, c'est thermothérapie qu'il conviendrait de dire.

L'un n'est que le substratum de l'énergie thermique qui seule est l'agent thérapeutique, mais on ne saurait restreindre le but de ses applications à une simple soustraction ou addition de calorique. Un résultat satisfaisant et durable ne peut être atteint que par la modification de l'appareil thermogénique et l'un de ses facteurs le plus important est le rayonnement cutané.

La formule physiologique de rayonnement cutané dans les conditions particulières où nous nous sommes placés peut s'écrire :

$$Q = E (nH) (T - T').$$

L'étude de la variation de ces différents facteurs dans les applications hydrothérapiques nous donne une explication scientifique des résultats et nous explique pourquoi chez un même sujet l'on peut obtenir successivement des effets différents avec des procédés identiques.

M. le Dr DEKEYSER. — M. Deschamps propose de remplacer les mots hydrothérapie, balnéothérapie, par le mot thermothérapie,

car d'après lui l'eau n'est employée que comme véhicule de la chaleur et du froid. Je dirai simplement à M. Deschamps que le mot de *thermothérapie* s'applique au traitement par la chaleur quelle que soit la modalité de celle-ci, qu'il s'agisse d'eau chaude ou d'air chaud. Dans ces conditions il me paraît difficile de donner à un mot d'une signification aussi générale, la signification spéciale que M. Deschamps voudrait lui donner.

M. le PROF. GABRIEL (Paris).— Je crois que le mot de *thermothérapie* a un sens assez généralement admis aujourd'hui pour qu'il ne soit pas possible de le substituer à celui d'*hydrothérapie*.

D'autre part, il me semble que la question est moins simple que ne l'indique M. Deschamps. Dans bien des cas, en effet, il faut tenir compte non seulement de l'action thermique mais aussi de l'action mécanique qui complique grandement les résultats.

## Section II. B. = Applications générales de la Physiothérapie.

---

*Séance du 14 août 1905, à 3 heures de l'après-midi.*

Président : M. le D<sup>r</sup> FRANCIS B. BISHOP (Washington).

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> DEKEYSER (Bruxelles).

---

### Thérapie physique dans les maladies des poumons et du cœur

*par M. le D<sup>r</sup> Guido Scarpa (Turin).*

#### *Conclusions :*

Les résultats favorables obtenus dans les dernières années sont dûs surtout aux progrès de la physiothérapie. Les médicaments il est vrai se sont également perfectionnés, mais aucun de ceux qui ont été introduits dans les dernières années ne présente un mode nouveau d'action thérapeutique, comme le font les agents physiques. Si la physiothérapie n'a pas encore atteint la généralisation qu'elle mérite c'est : 1<sup>o</sup> parce que tous ses progrès sont dûs à des efforts individuels et 2<sup>o</sup> parce que l'enseignement officiel fait encore défaut.

Dès le début de ma pratique, — ayant eu la bonne fortune de suivre un maître comme Forlamini, — j'ai acquis la conviction que la cure des affections pulmonaires et circulatoires était impossible sans thérapeutique physique. Aussi tous mes efforts ont-ils tendu depuis 1891 à fonder et à perfectionner l'Institut que j'ai la joie de diriger aujourd'hui.

Les méthodes se divisent en :

1<sup>o</sup> méthodes empiriques (hydrothérapie, massage, gymnastique, climatothérapie) 2<sup>o</sup> méthodes scientifiques (aérophérapie, thermo- et photothérapie, suspension) et une méthode de transition, l'électricité.

Les grandes indications du traitement des affections respiratoires et cardiaques, consistent à traiter la fonction. La caractéristique de ces organes est précisément d'avoir une fonction *mécanique*, les médications chimiques sont donc peu rationnelles.

Que peuvent d'une façon directe, sur les lésions d'une *pleurésie* les révulsifs, les diurétiques et les iodures ? Contre l'*emphysème essentiel* quelle action a-t-on en se bornant à fluidifier les expectorations et à exciter le myocarde par les balsamiques, le strophanthus et la digitale. De même dans la tuberculose, de même dans les maladies du cœur, la thérapeutique physique seule a une indication directe sur la fonction,

D'après les 2200 cas traités à mon Institut depuis février 1892 à décembre 1904, voici les facteurs à utiliser :

*Pour l'appareil respiratoire* : 1° *Aérophothérapie chimique* (bain pneumatique d'air comprimé à 1, 1 1/2 atm. pendant 2, 4, 6 heures) et *mécanique* pour augmenter la ventilation pulmonaire ;

2° *Ventouse de Junod* (contre hémorrhagies pulmonaires, pneumonie lobaire aiguë) ;

3° *Vaporisations et inhalations* d'après Bulling, pouvant faire pénétrer les particules médicamenteuses à l'intérieur des alvéoles ;

4° *Suspension* (dyspnée, asthme) ;

5° *Electrothérapie* (bains hydro-électrique faradique et sinusoïdal).

*Pour l'appareil circulatoire* : 1° *Aérophothérapie*, surtout *chimique* (artériosclérose) mais aussi *mécanique* (congestions passives, stases) ;

2° *bains hydro-électriques* (faradique et sinusoïdal) ;

3° *bains hydro-carboniques* et *hydro-carboniques salins* ;

4° *courants de haute fréquence* d'après d'Arsonval (insomnie des artérioscléreux, action sur la nutrition) ;

5° *gymnastique et ésocarde* (appareil de Salaghi perfectionné par Forlaminì).

En outre il faut disposer pour le diagnostic d'une bonne installation de *Radioscopie* et de *Radiographie Röntgen*.

Quant aux résultats, certaines maladies, comme la pleurésie et l'emphysème n'ont pas d'autre cure possible que l'aérophothérapie et dans les autres affections respiratoires, du catarrhe bronchique chronique jusqu'à la tuberculose pulmonaire les résultats comparés à ceux de la pharmacothérapie sont comme 10 : 1.



Dans les affections circulatoires, avec la diététique, ces méthodes représentent le traitement idéal donnant souvent des résultats merveilleux.

I. G.

(En l'absence de l'auteur ce travail n'est pas discuté.)

## La Thérapeutique physique des Maladies nerveuses.

par M. le D<sup>r</sup> Kurella (Ahrweiler).

M. le D<sup>r</sup> KURELLA, expose sa théorie, dont voici les *conclusions*:

1) A côté des effets immédiatement physiologiques de la physiothérapie dans les maladies nerveuses, qui sont encore, même en hydrothérapie et en électrothérapie sujettes à des doutes, et à des recherches ultérieures, leur effet psychologique est d'une très grande importance et facile à constater.

2) Ces agents ont une influence considérable sur les états subjectifs des malades, sur leurs sensations, leurs sentiments et émotions, et sur leur volonté, phénomènes qui entrent aussi dans la symptomatologie des maladies organiques du système nerveux.

3) A côté de son influence sur les tissus, par exemple, sur la fibre et la cellule nerveuse, la physiothérapie peut par son action sur la vie subjective, détourner le malade de ses sensations et humeurs malades, le libérer de douleurs, de fatigue et d'angoisse, le rendre capable de volonté.

M. le D<sup>r</sup> DESCHAMPS (Rennes) croit que le travail du D<sup>r</sup> Kurella prouve que la physiothérapie ne doit pas être divisée d'après les spécialités, mais d'après la pathologie, en section de neurologie, section des maladies de l'appareil respiratoire etc.

M. le D<sup>r</sup> KURELLA (Ahrweiler). — Je suis au fond de l'avis de M. Deschamps, mais dans un temps où le développement technique prévaut, on fera de préférence une division de travail selon les branches techniques ; si après le développement de la technique, les progrès de la pathologie y succèdent, l'ordre naturel — l'organe à traiter comme principe de division du travail — prendra sa place.

En attendant il faudra chercher une compensation entre ces deux tendances.

M. le D<sup>r</sup> GUNZBURG (Anvers). — L'idée ne serait certes pas à rejeter de diviser les sections selon l'organe, selon la pathologie. — Mais l'idéal n'est pas toujours réalisable ni pratique. — Outre

que bien souvent les maladies elles-mêmes s'entremêlent, et que déjà les anatomo-pathologistes ne parviennent pas toujours à étiqueter nettement toutes les maladies, il faut encore tenir compte des matériaux d'un Congrès. — Vous n'avez qu'à examiner la liste des rapports présentés et vous verrez que leur classification naturelle est celle que nous avons dû adopter, c.a.d. suivant la technique. Notre première intention avait été de ne faire qu'une section, le nombre de travaux nous en a empêchés, — et cependant on a tenu compte de tous les desiderata, puisque dans la 1<sup>re</sup> séance on a discuté en réunion générale les indications des divers agents physiques, — et qu'ici même nous nous trouvons dans une section de pathologie, c'est-à dire d'applications de la physiothérapie.

La question des sections est évidemment à l'étude du Congrès suivant.

M. le Dr FRANCIS BISHOP remercie M. Kurella de son intéressante communication, mais constate que M. Kurella a omis de parler de quelques points qui ont leur importance dans ces affections. — La température et la résistance du patient sont deux choses qui doivent être bien pris en considération. Il en est de même de la nutrition et de la combustion générale qui sont du domaine absolument objectif de la physiothérapie. Ainsi l'amélioration de la respiration peut dans certains cas rétablir complètement la nutrition, — l'exercice peut être également un excellent stimulant général et si la psychothérapie s'ajoute à cela ce n'est pas à dédaigner, mais ce n'est pas tout.

### **Méthodes physiques que j'ai employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.**

*par M. le Dr Francis B. Bishop (Washington).*

M. le Dr BISHOP (*en anglais*) expose son travail qui peut se résumer comme il suit : Pour tout organe, pour toute fonction nous devons connaître le rôle du système nerveux, c'est par lui que nous agissons sur la fonction.

Pour que le poumon fonctionne normalement, il faut l'intégrité du système artériel et lymphatique particulier dont est pourvu le tissu pulmonaire ainsi que des plexus nerveux antérieur et postérieur.

Tout dépôt tuberculeux du sommet agit en obstruant les bronches et en irritant les nerfs, plus tard en intoxiquant le poumon et l'organisme tout entier.

Si nous réussissons à amener une respiration plus profonde, à tonifier les nerfs et à favoriser l'anabolisme, nous pourrions guérir un grand nombre de nos malades. Dans les cas où les circonstances et la fortune le permettent on y arrive par l'altitude, l'exercice modéré et le régime, mais cela ne sert à rien dans les cas graves. et même dans les autres il est rare de pouvoir réaliser ces facilités de traitement. On peut y suppléer par l'électricité à haute et à basse fréquence, par la vibration, par la vie à l'air libre et le régime.

Par ordre d'importance les agents naturels se classent donc : *a)* altitude ; *b)* air frais ; *c)* rayons du soleil ; *d)* repos en cas de fièvre ; *e)* exercice modéré ; *f)* bonne nourriture.

Il faut donc chercher à remplacer ces agents naturels. La première indication consiste à libérer complètement les voies d'entrée (nez, narines etc.) Puis le sujet est soumis à l'électricité statique. Il doit former le pôle positif et la cage doit constituer le pôle négatif. Il y a ozonisation intense. On invite le patient à respirer profondément. Au bout de 10 minutes, le patient a l'air d'avoir pris un bain tonique et respire plus facilement : il a faim. J'attribue ces effets aux rayons ultra violets, aux nitrites, et à l'ozone qui détruisent les germes.

La respiration s'améliorant, il est facile de suivre les effets sur la circulation, sur l'oxydation, sur la nutrition en général.

Il y a moyen aussi de stimuler par reflexe les centres respiratoires. Voici par quel procédé. Une électrode spongieuse positive est placée sur la nuque, couvrant les 5 premiers nerfs cervicaux, une électrode métallique convenable est placée dans les narines, et on laisse passer doucement pendant environ 5 minutes un courant continu de 4-5 ma. Puis, laissant l'électrode positive en place, on pose au moyen d'une corde divisée en 2 branches, deux petites électrodes spongieuses sur les nerfs pneumogastrique et phrénique dans la nuque en interrompant le courant à raison de 100 fois par minute et cela pendant 3 minutes. On place une autre électrode négative spongieuse sur le diaphragme, sur les bords des côtes et on fait passer le courant interrompu direct jusqu'à 10 ma, pendant 3 minutes. On termine en stimulant les nerfs spinaux et les ganglions sympathiques par la vibration

mécanique pendant une demi minute, entre les épines cervicales et les vertèbres lombaires. Puis l'on reprend pendant quelque temps l'électrisation statique.

Ajoutez à cela la vie à l'air libre, l'exercice, l'hygiène, évitant au contraire la suralimentation. A l'appui de cette méthode je vous citerai différents cas traités et guéris en un temps relativement court. J'ai certes eu des cas de décès lorsque la maladie était trop avancée, mais sans exclusion d'autres procédés, je crois que ma méthode peut être essayée avec succès.

M. le D<sup>r</sup> FILES (Portland) (*en anglais*). — Un oculiste éminent me dit un jour qu'il n'osait pas publier ses succès dans certaines affections de l'œil, de peur d'être accusé de forfanterie, ou de folie. De même je crains de rapporter certains résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par diverses modalités d'électricité. La cause la plus efficace d'amélioration des symptômes est l'augmentation de la profondeur de respiration, amenant une quantité plus grande d'oxygène dans les poumons. Nous devons surtout combattre la déchéance de tous les tissus par défaut d'oxygène. — L'hérédité peut transmettre une musculature respiratoire faible. La profession et l'habitude peuvent y contribuer également. Tout ce qui fortifie le pouvoir respiratoire et augmente la quantité d'oxygène inhalée contribuera à la guérison. C'est ainsi que doit agir l'électricité appliquée selon la méthode du D<sup>r</sup> Bishop et dont j'ai pu vérifier des résultats.

M. le D<sup>r</sup> KASSABIAN (Philadelphia) (*en anglais*). — Il a été démontré que les rayons X ont une action bactéricide, — dans le lupus qui est de la tuberculose du larynx, ils donnent de beaux résultats, — pourquoi ne pas les appliquer dans la tuberculose pulmonaire ? — Cela doit être faisable, si l'on y soumet les malades au début du traitement.

## Physiothérapie et Psychothérapie.

par M. le D<sup>r</sup> PEETERS (Bruxelles).

M. le D<sup>r</sup> PEETERS expose les idées de sa communication à laquelle M. le D<sup>r</sup> KURELLA ajoute quelques observations de détail.



### Section III. — Electrothérapie.

*Séance du 13 Août 1905, à 9 heures du matin.*

Président : M. le D<sup>r</sup> DE METS (Anvers).

#### Traitement des symptômes nerveux dyspeptiques par l'électricité.

*Par M. le D<sup>r</sup> Bienfait (Liège).*

M. le D<sup>r</sup> BIENFAIT expose la technique et les indications du traitement des dyspepsies et cite les résultats obtenus.

M. le D<sup>r</sup> DOUMER est de l'avis de l'orateur : qu'un grand nombre d'affections de l'estomac mal définies, d'un diagnostic précis difficile, est justiciable d'un traitement électrique. Déjà d'ailleurs *Vigouroux* a montré, depuis plus de 20 ans, que les troubles dyspeptiques qui accompagnent si souvent la neurasthénie guérissent avec une facilité remarquable par la franklinisation. M. *Einhorn* depuis plus de 15 ans fait un très large usage de l'électrisation stomacale dans des troubles très divers et moi-même, en 1900, j'ai montré que les phénomènes dyspeptiques qui accompagnent l'entéro-colite disparaissent très aisément par la voltaisation intense à l'abdomen, si bien que depuis longtemps la voltaisation stomacale se pratique dans ma clinique sur une très large échelle. Enfin plus récemment *Leun* de Bruges a rapporté un certain nombre de cas de myasthénie stomacale qui se sont très bien trouvés d'applications de courants continus intenses. Si je rappelle ces travaux antérieurs c'est pour confirmer les conclusions du rapport de M. Bienfait auxquelles je m'associe sans réserve.

M. le D<sup>r</sup> KURELLA demande à M. le D<sup>r</sup> Bienfait, s'il existe encore en France et en Belgique un appareil que l'on voit encore annoncé dans beaucoup de catalogues d'instruments électriques : une sonde à bout métallique nu est introduite dans l'estomac, une plaque mise sur la face antérieure de l'abdomen, pour faire

alors entrer un courant de 5 jusqu'à 15 m. A. Il faudrait de temps en temps publier quelques mots sur le danger de cette manière de procéder, qui est quelquefois appliquée par des médecins non au courant des lois de la galvanisation.

M. le D<sup>r</sup> DE METS demande au rapporteur de préciser les troubles qu'il combat particulièrement par l'électrisation, non au point de vue de l'état général, mais au point de vue de l'estomac.

M. le D<sup>r</sup> MOUTIER fait remarquer les heureux résultats que l'on peut obtenir par les courants de haute fréquence et de haute tension avec le résonnateur, en faisant des effluves le long de la colonne vertébrale. On remonte ainsi la pression artérielle à la normale chez les hypotendus et on améliore ainsi la dyspepsie quand, celle-ci est sous la dépendance de l'état général.

M. le D<sup>r</sup> BIENFAIT répond : Il importe de faire un diagnostic exact, rechercher les causes, voir s'il y du sucre ou de l'albumine dans les urines, rechercher l'existence possible d'un cancer, d'un ulcère, de la lithiase biliaire. Dans les cas, où l'on ne trouve rien, il s'agit véritablement d'une névrose et l'électricité donne son maximum d'effet. Dans les autres cas l'on améliore le malade passagèrement. Ce qui agit, ce n'est pas la modalité électrique, c'est l'électricité elle-même. Voilà pourquoi l'un emploie le courant continu, l'autre le tabouret statique, un troisième la haute fréquence et toujours avec des résultats favorables. Les modalités cliniques agissent mieux dans telle ou telle occasion où elles sont mieux indiquées soit que l'on veuille agir sur les reflexes cutanés ou sur la vitalité de la cellule elle-même.

### **Action et indications de l'Electromagnétisme.**

*Par M. le D<sup>r</sup> Nicolet (Bruxelles).*

M. le D<sup>r</sup> NICOLET résume son rapport.

M. le D<sup>r</sup> ALLARD (Paris). — J'ai expérimenté depuis plus d'un an la thérapeutique par l'électro-aimant. Je me suis servi de l'appareil Traube où le courant fourni est un courant continu, l'électro-aimant tournant produisant par le changement de pôle dans l'espace un champ magnétique oscillant.

Le résultat qui me paraît le plus constant est une action sur le sommeil ; dans les insomnies nerveuses l'action est très nette, meilleure souvent que par le bain statique.

Mais dans les douleurs névralgiques et rhumatismales les résultats que j'ai obtenus sont moins brillants et moins constants que ceux obtenus par M. le D<sup>r</sup> Nicolet. — Cette différence de résultat peut s'expliquer par la différence d'appareil ; celui dont je me suis servi absorbe seulement 6 ampères, il peut donc se faire que l'intensité du champ suffisante pour l'insomnie, ne l'est plus pour les névralgies graves.

M. le D<sup>r</sup> DESCHAMPS (Rennes). — Je voudrais que lorsqu'on apporte des conclusions positives en faveur d'un procédé thérapeutique, on les fasse précéder de notions pathogéniques suffisantes et de mesures cliniques permettant de les contrôler.

Dans toute action thérapeutique, surtout instrumentale, il faut toujours considérer le phénomène émotif qu'elle produit. Il faut tenir compte également de la variabilité de l'affection elle-même. Tout le monde connaît l'action de la sonnette du dentiste sur le mal de dents.

M. le D<sup>r</sup> GUNZBURG (Anvers). — Nous ne pouvons pas d'emblée éliminer un nouvel agent physique parce qu'il s'y ajoute une certaine dose émotive. L'action cependant doit être essayée en physiologie, et là les essais faits jusqu'à présent pour exciter la patte galvanoscopique de la grenouille n'ont pas réussi. Il existe cependant une action sur les nerfs puisqu'on rapporte des algies calmées par l'application de l'électro-aimant, — mais il faudrait pouvoir les répéter expérimentalement.

M. le D<sup>r</sup> NICOLET. — Les expériences faites pour rechercher l'explication des phénomènes electro-magnétiques au moyen de la patte galvanoscopique de la grenouille n'ont pas donné de résultats. Il n'y a pas d'effets irritatifs, mais comme l'effet du champ magnétique variable est essentiellement calmant et sédatif, on comprend que nous n'obtenions pas de secousse musculaire.

Nous ne connaissons pas de méthodes physiologiques pour démontrer l'effet des champs magnétiques variables sur le système nerveux.

Quant à l'objection faite que le traitement électro-magnétique agit surtout par un effet émotif ou par la suggestion, je ferais seulement remarquer que nous avons obtenus de bons résultats chez des malades souffrant depuis de nombreuses années et ayant essayé tous les traitements connus, suggestion comprise.

M. le D<sup>r</sup> MARQUÉS (de Montpellier). — Je suis de l'avis de M. le D<sup>r</sup> Deschamps : ainsi M. le D<sup>r</sup> Nicolet ne nous apporte aucun

fait positif sur l'action physiologique du champ magnétique. A-t-on fait seulement des analyses d'urine ?

Je crois que si on en avait faites, on aurait pu se rendre compte dans une certaine mesure si oui ou non le champ magnétique a une action physiologique quelconque sur l'organisme.

### **Action des courants de hautes intensités sur l'organisme humain.**

*par M. le Dr Jellinek (Vienne).*

En l'absence du rapporteur, M. le Dr GUNZBURG lit les conclusions du rapport. — Pas de discussion.

### **Action physiologique des bobines faradiques en fil de Maillechoirt.**

*par M. le Dr Sudnik, (Buenos-Ayres).*

M. le Dr NICOLET lit le travail. — Pas de discussion.

### **Electro-diagnostic de l'amyotrophie primitive progressive.**

*par M. le Dr Capriati, (Naples).*

M. le Dr CAPRIATI expose sa communication, — démontrant l'existence d'une nouvelle formule chez les amyotrophiques.

M. le Dr KURELLA prie M. Capriati de faire sur ses malades des recherches avec les condensateurs, qui donnent des résultats plus exacts quantitativement.

M. le Dr ALBERT WEIL remercie M. Capriati de la méthode qu'il apporte, car elle permet de faire à coup sûr le diagnostic de l'amyotrophie musculaire progressive. Il soigne un enfant atteint d'atrophie musculaire progressive qui lui a été adressé avec ce diagnostic par un médecin des hôpitaux de Paris. Or, des bains hydro-électriques triphasés et des applications locales faradiques ont amené une amélioration telle qu'il se demande s'il ne s'agit pas d'une paralysie hystérique. Le signe signalé par M. Capriati pourra lever cette indécision.

M. le Dr DESCHAMPS. — Cette question de l'Electrodiagnostic est l'une des plus difficiles et des plus délicates et je ne saurais

trop encourager ceux qui se livrent à cette besogne ingrate. Dans l'état de la question je ne crois pas qu'on puisse faire toujours un diagnostic différentiel d'une atrophie d'origine centrale ou périphérique.

M. le Dr DONATH (Budapest). — Il y a quelques années j'ai publié des cas d'atrophie musculaire progressive primitive, où j'ai trouvé que plusieurs nerfs et muscles ont présenté la formule complète de dégénérescence d'Erb ou une formule intermédiaire qui indiquerait une lésion qualitative histologique du muscle. Je remarque que cela se trouve ça et là. Je crois qu'il ne faut pas s'en étonner, parce que l'atrophie musculaire progressive est sans doute une maladie congénitale (endogène), donc il se peut que des parties déterminées du système nerveux périphérique participent aussi à ce développement défectueux et nerveux qui affecte pour la plus grande part le système musculaire.

M. le Dr CAPRIATI répond (*en italien*) que M. le Dr Donath fait remarquer que la distinction entre l'atrophie musculaire progressive d'origine nerveuse et l'atrophie musculaire progressive primitive est un fait constaté anatomiquement dans les cas où la maladie durait déjà depuis une dizaine d'années et dans lesquels l'examen histologique du système nerveux central et périphérique démontra la parfaite et absolue intégrité de celui-ci. Je n'exclue pas la possibilité de l'existence de formes mixtes, intermédiaires et c'est dans ces formes que nous pouvons trouver des muscles à réaction normale à côté d'autres dans lesquels existent des signes de dégénérescence plus ou moins avancés. Je remercie M. le Dr Albert Weil et de M. le Dr Deschamps des cas cités et de l'importance attribuée à la réaction mise en évidence par moi, au point de vue du diagnostic différentiel des diverses formes d'atrophie musculaire. Quant à M. le Dr Kurella je dois faire remarquer que si l'examen fait au moyen des secousses du condensateur peut donner encore des indications plus précises pour le diagnostic différentiel, elles ne peuvent cependant se substituer complètement à l'examen du courant galvanique, parce qu'il n'est pas possible au moyen des condensateurs d'obtenir des contractions de fermeture et d'ouverture.



## **Note sur la résistance électrique de la tête dans quelques états neurasthéniques**

*par M. le Dr Haskovec (Prague).*

En l'absence de M. le Dr HASKOVEC, ses conclusions sont déposées au bureau.

## **Traitement électrique de l'hydarthrose.**

*par M. le Dr Planet (Paris).*

M. le Dr PLANET donne lecture de sa communication.

M. le Dr ALBERT WEIL. — Je reproche au traitement de M. le Dr PLANET d'être très douloureux. Je préfère, la galvanisation à hautes intensités de l'articulation qui est d'ailleurs le traitement de choix de l'œdème ; ce traitement n'est pas douloureux si les électrodes sont bien appliqués.

La faradisation reprend ses droits pour combattre l'atrophie musculaire.

M. le Dr DESCHAMPS — J'ai eu l'occasion de mettre en garde sur l'application de la galvanisation dans les arthrites chez les tuberculeux dans une communication à la Société de thérapeutique ayant pour titre « Danger de l'électrisation des arthrites chez les tuberculeux », et depuis je n'ai pas changé d'avis et je suis resté prudent. Je retiens donc de l'intéressante communication de M. Planet que la faradisation directe n'a pas le même inconvénient et que nous devons la préférer malgré la douleur qu'elle provoque.

M. le Dr ALBERT WEIL. — Le fait de M. le Dr Deschamps est isolé. On peut traiter des arthrites banales même chez des tuberculeux par la galvanisation. Mais il ne faut pas traiter des arthrites tuberculeuses par la galvanisation. Je n'ai jamais dit cela ; j'ai même écrit à M. le Dr Levêque, qui faisait sa thèse sur ce sujet et qui me demandait mon avis, que je ne partageais pas sa manière de voir.

M. le Dr PLANET. — Je réponds à M. le Dr Albert Weil que l'application faradique que je pratique contre l'hydarthrose se distingue par ce fait qu'on obtient des résultats immédiats d'une netteté remarquable. En effet, j'ai dit qu'après la première application faradique l'épanchement a diminué dans le genou et la

capacité de flexion a augmenté d'une façon considérable. Eh bien, je demande à M. le Dr Albert-Weil si avec les applications galvaniques dont il parle et que tout le monde a plus ou moins pratiquées, il est possible d'obtenir des résultats aussi appréciables et aussi rapides.

### **Effets du courant galvanique à intermittences rapides sur la nutrition. Traitement de l'obésité.**

*par M.M. les Drs Bordier et Bonnefant (Lyon).*

En l'absence des auteurs, le secrétaire lit les conclusions de la communication. Les expériences très intéressantes ont eu pour but d'étudier comparativement les effets produits par le courant continu et le courant à intermittences rapides, la quantité d'électricité restant la même.

Sur les animaux les auteurs trouvent : 1° que le courant continu appliqué avec une quantité égale à celle du courant à intermittences rapides, n'a amené aucun amaigrissement du lapin ; 2° que le dégagement de chaleur, s'il est un peu plus faible qu'avant la galvanisation, est très variable et donne un graphique très irrégulier. Donc le courant galvanique n'agit pas seulement par la quantité d'électricité, mais aussi et surtout par sa forme. Les interruptions constituent le facteur primordial de l'action de ce courant sur les processus de nutrition. Le même courant avec 4320 interruptions par minute, donne une diminution de 3027 gr. à 2730 en 1 mois.

Sur l'organisme humain surchargé de graisse, trois observations des plus typiques montrent que l'homme maigrit, en 20 à 25 séances, de plusieurs kilos par l'influence du courant galvanique à intermittences très rapides.

*Séance du 14 août à 9 heures du matin.*

Président : M. le Prof. DE LUZENBERGER, (Naples).

Secrétaire : M. le Dr DE METS, (Anvers).

### **Action locale des courants de haute fréquence sur les états phlegmasiques des tissus.**

*par M.M. les Dr Oudin et Ronneaux (Paris).*

Le rapport est résumé et distribué.

#### *Discussion.*

M. le Dr LIBOTTE (Bruxelles). — La lecture de ce rapport nous donne la confirmation des résultats dont j'ai fait part au Congrès samedi dernier. Ceci, Messieurs, finira par entraîner les convictions. Au surplus vous entendrez encore, je crois, la confirmation de tous ces faits cliniques par d'autres communications également importantes par l'autorité et la compétence de leurs auteurs.

Ainsi que j'avais l'honneur de vous signaler samedi, l'action de la haute fréquence entraîne une tension plus élevée ou moins élevée selon la technique. Cette tension augmente toujours avec les excitations cutanées, elle diminue par les autres applications où ces dernières excitations sont absentes.

Dans les résultats de la haute fréquence, je crois que nous devons considérer avant tout les charges et les décharges des grandes énergies électriques, alternatives et périodiques à travers les cellules et leur contenu.

M. le Dr DOUMER croit connaître les idées de M. Oudin, aussi, vu son absence, il se permet de dire que si cet auteur a fait intervenir l'action de l'effluve de haute fréquence sur la tension capillaire, c'est comme explication possible de certains faits de thérapeutique et non pas comme une propriété physiologique constante des courants de haute fréquence sous leurs diverses modalités. Il n'ignore certainement pas que l'autoconduction produit au contraire un abaissement de la tension sanguine générale.

M. Doumer est très heureux de voir le principe fondamental de l'action antiphlegmasique des courants recevoir des documents que les auteurs viennent d'apporter une aussi éclatante confirmation. Ces faits ajoutés à ceux que M. Libotte a rapportés hier, à ceux que M. Doumer apportera tout à l'heure, à tous ceux qui se sont accumulés depuis des années, rendent désormais ce principe absolument démontré. M. Libotte voudrait faire rentrer ce second principe dans le premier et ramener les propriétés antiphlegmasiques de l'électricité à son action cellulaire. M. Doumer dit à ce sujet qu'en définitive tout se réduit à des actions cellulaires : c'est évident, mais cet axiome très général, n'est pour le moment de peu d'emploi pratique, car il ne fournit que de rares indications précises au médecin en quête d'un traitement à instituer. L'action antiphlogistique est une propriété moins générale et partant plus importante au point de vue des indications thérapeutiques qu'on en peut tirer. Grâce à cette action nous savons que dans tous les cas où nous trouvons des phénomènes inflammatoires nous pourrions tirer un réel secours de l'emploi de l'électricité. Ce grand principe non seulement explique les beaux résultats déjà obtenus dans tant de maladies diverses, mais nous donne la certitude philosophique que dans toutes les maladies inflammatoires où l'électricité n'a pas été employée, des effets thérapeutiques pourront être obtenus. Il nous ouvre donc un champ immense à nos investigations. M. Doumer déclare qu'il ne l'a jamais trouvé en défaut. C'est lui qui lui a permis de trouver successivement en 92 le traitement des affections de la peau, en 97 celui de la fissure et de hémorroïdes, en 99 celui des affections congestives de l'utérus, en 1900 des prostatites etc. Et il est heureux de voir que ce Congrès de Liège lui apporte une confirmation nouvelle qui le met désormais au-dessus de toute discussion.

### **Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence.**

*Par M. le Dr H. Marquès (Montpellier).*

Nous avons déjà signalé il y a un an, les excellents résultats que l'on peut obtenir par l'effluve de H. F. dans le traitement des bourdonnements d'oreilles. Depuis lors, nous avons pu réunir un nombre plus considérable d'observations qui, prises dans leur

ensemble, constituent un vrai succès thérapeutique pour la haute fréquence, surtout si l'on considère que les malades guéris ou seulement améliorés par ce mode de traitement avaient déjà essayé, *sans aucun résultat*, et pendant des périodes souvent fort longues, d'autres méthodes de traitement.

Rappelons brièvement quelle est notre technique :

Une électrode, constituée par un petit balai de fils métalliques fins, engainé dans un manchon de verre, est reliée à l'une des bornes d'un résonnateur Oudin. L'appareil est réglé de telle sorte qu'une effluve de fines étincelles violettes jaillisse des fils métalliques et traverse le manchon de verre lorsque celui-ci est appliqué sur la main par l'opérateur. Ce réglage réalisé, le manchon est promené pendant cinq minutes à chaque séance en arrière du pavillon de l'oreille, siège des bourdonnements, et en contact avec la peau.

Ces applications sont toujours très facilement supportées, car elles sont complètement indolores ; les malades éprouvent une simple sensation de chaleur au niveau de la région traitée. Il peut pourtant arriver qu'ils se plaignent de légères brûlures, ce qui a lieu quand on laisse trop longtemps le manchon en contact avec un même point de la peau ; on évite facilement ce petit accident en promenant constamment le manchon bien régulièrement sur toute la région traitée.

Le nombre de malades atteints de bourdonnements que nous avons ainsi traités, s'élève actuellement à quatorze : c'est peut-être encore relativement peu, pour nous autoriser à conclure à l'efficacité absolue de l'effluve de H. F. contre les bourdonnements ; mais néanmoins la constance des résultats obtenus nous a permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1° La H. F. ne donne aucun résultat, s'il y a ou s'il y a eu une suppuration auriculaire ;

2° Dans les cas, ou il y a *otite sèche* et surtout *otite scléreuse*, l'effluve de H. F. constitue le *moyen thérapeutique de choix*, celui qui donnera les succès les plus inespérés. — On devra donc l'ordonner d'emblée, sans négliger, si cela est nécessaire, le traitement local, régional ou général, auxiliaire indispensable pour assurer le plein succès de la médication.

3° Le traitement exige de 25 à 50 séances, selon l'intensité ou l'ancienneté des bruits ; 30 séances en moyenne suffisent ; mais il ne doit jamais être inférieur à 20 séances pour obtenir un ré-



sultat durable. Chaque séance a une durée de cinq à dix minutes, et on doit en faire de trois à cinq par semaine.

4° Au cours du traitement, on note habituellement une amélioration rapide, mais passagère (de la 6<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> séance), bientôt suivie d'une rechute ; après quelques nouvelles séances, l'amélioration première reparaît et s'accroît peu à peu jusqu'à la guérison plus ou moins tardive selon les malades. Il peut y avoir quelquefois plusieurs rechutes, mais le malade ne doit pas se décourager s'il a obtenu une première sédation de ses bourdonnements.

5° Pour parfaire et maintenir la guérison, le malade devra, même après la disparition de tout bourdonnement, et à partir du jour de cette disparition, se soumettre encore à une dizaine de séances d'effluve de H. F.

6° Nous avons constaté dans nos observations, que l'effluve donne les plus brillants résultats dans les cas (otite scléreuse) où des troubles vaso-moteurs — l'hypertension artérielle en l'espèce — sont la cause des bourdonnements d'oreille. Il est dès lors légitime de penser que : les courants de H. F. agissent sur les bourdonnements d'oreille des scléreux en ramenant à la normale une pression artérielle exagérée, au point de vue local l'effluve semble déterminer une révulsion utile sur la région malade, et peut-être une vibration mécanique profitable.

### **La signification des substances fluorescentes dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen des courants de Tesla.**

*par M. le Dr Stenbeck (Stockholm).*

M. le Dr STENBECK expose ses expériences et résume les conclusions de sa communication.

M. le Dr ALBERT WEIL croit avoir compris de la communication de M. le Dr Stenbeck qu'on ne saurait employer d'une façon générale les courants de haute fréquence dans la tuberculose ; cette conclusion lui paraît légitime car la H. F. doit encore sous forme d'effluves activer les échanges chez des malades qui sont des embrasés. Il serait utile de savoir si, quand un tuberculeux se présente à notre cabinet, on peut le traiter par la H. F. ; jusqu'à présent autant la H. F. lui paraît légitime dans les adénites

tuberculeuses, et certaines arthrites, autant il faut faire des réserves en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire.

M, le D<sup>r</sup> LIBOTTE. — A propos de l'observation de M. le D<sup>r</sup> Weil sur la cure de la tuberculose pulmonaire.

Mon impression après des traitements de cas curables et incurables, c'est qu'avec notre dispositif Gaiffe 1<sup>er</sup> système, nos résultats furent toujours parallèles à ceux de Doumer et Oudin.

M. le D<sup>r</sup> DOUMER répondant à M. Albert Weil, dit relever le gant que ce dernier lui jette ; il est tout prêt à discuter la question du traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence.

Dans une maladie aussi décevante que la tuberculose pulmonaire nous n'avons pas le droit de rejeter à priori les interventions thérapeutiques qui apportent non pas même une guérison, mais une simple amélioration à ses divers symptômes. Or, dans la tuberculose pulmonaire chronique les applications locales de haute fréquence ont une action du plus haut intérêt, puisque dans la très grande majorité de cas elles combattent la fièvre et la font tomber en quelques séances, font disparaître la transpiration nocturne, restaurent l'appétit et permettent le gavage qui se traduit rapidement par une augmentation de poids. Ce sont là des résultats qui ne sont pas à dédaigner, alors même qu'ils ne seraient pas durables. Mais il y a mieux ; les lésions anatomiques, caractérisés par les signes sthétoscopiques s'améliorent souvent et parfois même disparaissent complètement. Sans doute les insuccès sont fréquents, on rencontre, hélas, trop souvent des malades qui après une amélioration passagère sont repris par la marche progressive de la maladie, mais ces insuccès ne suffisent pas pour faire rejeter une méthode qui a déjà donné des guérisons durables et qui est appelée à en donner encore. M. Doumer a publié en 1900 des cas de guérisons. Or il peut en citer et en montrer qui persistent depuis plus de 8 ans. Parmi les cas plus récents qu'il a observés, il peut citer deux cas très remarquables qu'il a traités en 1900 et guéris et qui restent guéris encore aujourd'hui, ils sont relatifs l'un à un médecin, l'autre au fils d'un médecin, qui étaient atteints de tuberculose pulmonaire à des degrés divers, mais chez lesquels depuis au moins un an on constatait, dans les crachats l'existence de nombreux bacilles. Or, ces bacilles disparurent très vite, ainsi d'ailleurs que l'expectoration, chez l'un en 8 jours et chez l'autre au bout d'un mois, et ils ne reparurent pas

depuis, malgré deux ou trois gripes intercurrentes. Ces malades reprirent très rapidement leurs occupations que depuis de longs mois ils avaient dû abandonner.

Sans doute on observe des cas malheureux : c'est à déterminer les indications et les contre-indications que nous nous attachons. M. Doumer a remarqué que la haute fréquence est plutôt contre indiquée dans la tuberculose en évolution rapide et que dans la tuberculose très chronique il faut se méfier des machines à grand débit et des séances trop longues.

M. le Dr STENBECK (Stockholm) (*en allemand*) fait observer que l'objet de sa communication est la signification des substances fluorescentes, il prévoyait cependant que la discussion friserait le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen de la haute fréquence. — Il a déjà exprimé antérieurement son avis à ce sujet, — il insiste seulement sur ce fait que parmi les 22 patients traités, 20 ont augmenté de poids et qu'il n'a tenu à démontrer que les symptômes objectifs, sans se prononcer sur la guérison définitive des cas.

### **Les indications du bain hydro-électrique,**

*par MM. les Prof. Piccini et Dr Blasi (Naples).*

M. le Dr BLASI expose les résultats cliniques du traitement par les bains hydro-électriques et donne les indications de ce traitement.

### **A propos des bains hydro-électriques,**

*par M. le Dr Balsamoff (Sofia).*

La communication de M. le Dr BALSAMOFF est distribuée.

### **Gynécologie et haute fréquence,**

*par M. le Prof. Doumer.*

M. le Prof. DOUMER décrit une série de cas patents de gynécologie traités par la haute fréquence : 1° un cas de Bartholinite chronique chez une femme enceinte de six mois ; applications de courants de H. F. en Juin, disparition au bout de 3 séances. Tous les procédés chirurgicaux avaient échoué ; 2° une femme âgée de 32 ans atteinte de pyosalpingite évidente, utérus abaissé,

gros, déjeté; poche de pyosalpinx évident à gauche. Première application (tige intrautérine) diminue les douleurs, bonne nuit, diminution rapide de la tumeur et disparition au bout de 6-7 semaines.

*La séance est levée à 11 1/2 heures,*

*Séance du 14 août 1905, à 3 heures de l'après-midi.*

Président : M. le Prof. DE LUZENBERGER (Naples).

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> DE METS, (Anvers).

- 1° Traitement électrique des dyspepsies ;**
- 2° Traitement de l'entérocolite par l'électricité ;**
- 3° Deux cas de Zona traités par la galvanisation.**

*par M. le D<sup>r</sup> Leullier (Paris).*

Les trois communications sont distribuées.

M. le D<sup>r</sup> DELHERM (Paris). M. le D<sup>r</sup> Leullier dans sa communication, soutient que la galvanisation ou la galvano-faradisation ne doivent être utilisés que dans l'entéro-névrose de Lyon, ou les entérocolites à réflexes spasmogènes de Mathieu. alors que les entérites dues à des constipations essentielles n'auraient qu'à en tirer un bénéfice restreint, et pour lesquelles il conseille le lavement de Boudet, modifié par lui.

D'après M. Leullier la galvanisation in situ, en déterminant directement des contractions de l'intestin. produit d'excellents résultats.

Nous ne partageons pas précisément, comme on le verra dans notre rapport, les opinions de M. Leullier, parce que nous estimons que toute intervention directe sur l'intestin ne peut que provoquer ou exagérer le spasme.

Pour appuyer ses considérations, M. Leullier se base sur la thèse de Truelle, et c'est sur ce même travail qu'il s'appuie pour essayer de clarifier la question complexe des constipations, et pour combattre notre manière de voir en matière de constipation et d'entérite.

Je suis obligé de dire que c'est en nous basant sur les mêmes considérations physiologiques que nous sommes arrivés à des conclusions contraires.

En effet, la thèse de Truelle a été faite sur des documents physiologiques uniquement fournis par Laquerrière et par moi



documents qui étaient les résultats de nos recherches personnelles, et qui nous avaient amenés à rejeter les conclusions auxquelles arrive précisément M. Leullier.

Il n'y a donc pas lieu d'opposer les conclusions physiologiques de Truelle et les nôtres : elles ont une même origine, et sont absolument identiques; il n'y a qu'une chose qui nous sépare de M. Leullier, c'est qu'il a tiré d'une connaissance peut être insuffisamment assise des travaux Laquerriere-Delherme-Truelle des conclusions différentes de celles qu'en avaient tiré ceux-là même qui avaient poursuivi les recherches pendant plus de six mois. (1)

**Le traitement de la gonorrhée chronique par le  
" Glimmlicht " d'après l'auteur,**

*par M. le Dr Strebel (München).*

M. le Dr STREBEL, empêché, prie de lire ses conclusions. — Pas de discussion.

**Le rôle de l'Electrothérapie dans les accidents du travail,**

*par M. le Dr Renault (Paris).*

M. le Dr WEIL expose les conclusions du travail. — Pas de discussion.

**La pathogénie et le traitement électrique du spasme  
de l'urèthre.**

*par M. le Dr Courtade (Paris).*

M. le Dr COURTADE expose son mode de traitement et l'action de l'électricité sur le spasme de l'urèthre.

M. le Dr ALBERT WEIL rappelle qu'il a pratiqué la galvanisation à hautes intensités dans le traitement de l'incontinence d'urine infantile — et que cette méthode étend le champ de l'électrothérapie dans les incontinenances d'urine infantile.

---

(1) Laquerriere et Delherm. — Notes diverses sur l'Electrophysiologie de l'intestin. (Soc. Biologie 1902-1903. Annales d'Electrobiologie 1902-1903).

## Effets mécaniques de l'électricité en thérapeutique

par *M. le Prof. William Benham Snow* (*New-York*).

Les effets mécaniques de l'électricité n'ont guère été étudiés comme les effets chimiques. Ceux-ci sous forme d'ionisation et d'électrolyse ont été isolés, les effets mécaniques pas.

Pour produire les effets mécaniques sur les cellules, il faut employer un ampérage qui pénètre les tissus et s'y diffuse, donc à haute fréquence et haute périodicité.

L'aspect des effets mécaniques obtenus dépendra du potentiel employé et du mode d'interruption, car le degré de pénétration dépend de l'amplitude du courant, c'est donc une conséquence de la longueur d'étincelle du circuit.

Le courant continu interrompu produira des effets mécaniques de contraction, mais à cause du voltage peu élevé le courant ne pénètre pas les tissus.

Les courants à haute tension au contraire produisent une gymnastique cellulaire très active.

Les courants continus à haut ampérage sont électrolytiques. Les courants de haute tension à bas ampérage sont plutôt mécaniques.

La meilleure source est la machine statique, la bobine avec solénoïde et résonnateurs peut également donner ces effets. Les électrodes en verre à vide employés avec la machine statique donnent d'excellents effets. On obtient des contractions musculaires et cellulaires très marquées.

Au moyen d'électrodes métalliques larges on obtient nettement des effets de vibration indolore allant jusqu'au tétanos local. Aucune autre source ne peut produire ces effets aussi réguliers et indolores.

L'étincelle indirecte de la machine statique donne une contraction profonde des muscles et des tissus, sans douleur.

A cet effet local s'ajoute l'effet de polarisation, donnant une stimulation générale de la nutrition.

Les *indications thérapeutiques* sont peu connues et cependant très importantes. Elles s'appliquent à tous les symptômes phlegmasiques et métaboliques ; par l'action cellulaire elles accélèrent la circulation et stimulent la nutrition. L'auteur a guéri en peu de séances un genou gonflé et congestionné. Dans les affections comme la prostatite, la gastrophose, la cirrhose hypertrophique,

la congestion utérine, il n'est pas même nécessaire de placer l'électrode en contact avec l'organe malade, mais sur l'organe ; l'interposition de tissus peu denses n'empêche pas l'action.

L'angine est susceptible de s'améliorer rapidement sous l'influence de ces effets mécaniques.

Sans entrer dans tous les détails, l'auteur croit ce mode de traitement applicable dans toutes les affections congestives au début.

### **Trente cas d'hémorroïdes guéris par l'arsonvalisation**

*par M. le Dr Stembo (Vilna).*

Statistique très intéressante. Pas d'observations.

### **Résultat des mesures de la résistance électrique des corps vivants**

*par M. l'ingénieur E. K. Muller (Zurich).*

Effets obtenus sur le champs magnétique alternant au moyen des appareils électromagnétiques. Pas d'observations.

### **Un cas de paralysie agitante très amélioré par le traitement électrique**

*par M. les Prof. Doumer et Dr Maës (Lille).*

M. le Dr MAES expose l'historique du cas et le résultat très satisfaisant du traitement.

M. le Dr LIBOTTE (Bruxelles).— Je crois avec MM. D. et M. que l'amélioration s'est effectuée grâce à une diminution de l'hypertension et une circulation cérébrale plus facile.

Les lésions de la paralysie agitante sont diverses.

Tout récemment on a émis l'opinion que les lésions résidaient vers la protubérance. Selon celles-ci, la paralysie agitante est plus ou moins rebelle, peut être considérée ou comme une entité morbide, d'autre fois comme un syndrome ajouté à d'autres lésions plus importantes.

Vous voyez Messieurs, d'après les données pathologiques, combien nous devons être prudents dans nos conclusions.

M. le Prof. LUZENBERGER (Naples). — J'ai traité plusieurs cas de maladie de Parkinson : au commencement avec ce qu'on appelle la galvanisation du sympathique, ensuite avec la galvani-

sation à travers la tête et dans la direction antero-postérieure et transversale, enfin j'ai essayé aussi la faradisation générale, mais toujours sans aucune amélioration. Aussi je suis heureux d'apprendre une nouvelle méthode avec laquelle on peut obtenir des résultats dans cette maladie si rebelle au traitement. Mais il se peut que dans le cas présenté la symptomatologie Parkinsonienne dépendait exclusivement de troubles circulatoires en rapport avec l'hypertension et que, avec la guérison de celle-ci, les autres malaises se soient également effacés.

### **Traitement des affections du tube digestif par l'électricité**

*par M. les D<sup>rs</sup> Laquerrière et Delherm (Paris).*

M. le D<sup>r</sup> DELHERM explique dans ce rapport très approfondi les diverses modalités sous lesquelles l'électrisation peut être employée dans les affections du tube digestif. Ces conclusions reposent sur de nombreuses expériences et ont été établies dans une série de travaux importants.

### **Stérisation électro-chimique par cataphorèse mercurique en masse, traitement du cancer**

*par M. le D<sup>r</sup> Betton Massey (Philadelphie).*

On peut détruire une tumeur maligne externe par l'électrolyse au moyen d'anodes pointues en zinc, recouvertes de mercure. Pour la destruction complète de la tumeur, il faut une action de 30 à 40 minutes sous anesthésie — ou bien une action lente pendant 15 à 21 jours. Chaque pointe exige 100 ma.

La table est recouverte d'étain, formant le pôle négatif, là dessus une couverture mouillée large d'un pouce au moins, sur laquelle est couché le patient déjà endormi. Les électrodes sont reliées au pôle positif, elles sont formées de 3/16 pouce de zinc et ont une longueur de 2 à 7 pouces. (fabr. par Chas. Lentz & Sons à Philadelphie et Frank S. Betz & C<sup>ie</sup> Chicago). Ces pointes sont amalgamées en les plongeant dans une solution à parties égales d'eau et d'acide sulfurique puis dans le mercure.

On enfonce la pointe dans la tumeur, on augmente doucement le courant jusque 100-150 ma. — jusqu'à ce que la partie en con-

tact devienne grisâtre. On ajoute prudemment d'autres pointes et on les déplace au besoin.

L'effet se montre sous forme d'une aire de nécrose totale et de stérilisation inodore, entourée d'une auréole congestive nettement séparée.

L'aire de nécrose reste exsangue, indolore et stérile, pour se détacher ensuite. A ce moment on trouve 1 à 2 % de cas d'hémorrhagies secondaires, faciles à prévoir d'après l'état du patient, elles se produisent du 8<sup>e</sup> au 18<sup>e</sup> jour.

Après la chute de ce tissu nécrosé, la plaie se ferme par bourgeonnement, si toutes les parties de la tumeur n'étaient pas détruites, une nouvelle électrolyse s'impose.

*Résultats.* — L'auteur a introduit cette méthode en 1893, — depuis lors 100 cas y ont été soumis, — tous ces cas étaient inopérables, et ont donné 33 % de guérison. Depuis la fondation de l'Hôpital Oncologique de Philadelphie, l'auteur et son collègue M. le Dr Swayne emploient la méthode dans des cas opérables également et espèrent un pourcentage de guérison encore meilleur.

*Indications.* — La méthode est surtout indiquée dans les tumeurs des muqueuses et des peaux minces, de préférence à la radiothérapie. La radiothérapie est préférable dans des tumeurs superficielles étendues qui exigeraient une série d'applications de cataphorèse. A la nuque il ne faut pas dépasser 3-400 milliampère à cause de l'action inhibitoire du courant sur la respiration et la circulation. On peut encore y obvier par l'application bi-polaire (anodes à la périphérie, cathode au centre.) Dans les autres cas on peut aller jusqu'à 1500 ma.

### Résultats obtenus dans le traitement du cancer par la cataphorèse au mercure.

*par M. le Dr Amédée Granger (New-Orleans),*

L'auteur croit à la nature parasitaire du cancer, et admet précisément pour ce motif, la guérison certaine de cette affection si le néoplasme est extirpé à une époque précoce, alors qu'il n'a pu pousser au loin des ramifications dans le tissu apparemment sain qui l'entoure. Le diagnostic de visu de la limite extrême d'extension du tissu néoplasique est malheureusement impossible. Il est de règle que l'intervention sanglante ne par-



vient qu'exceptionnellement à extirper la totalité des cellules cancéreuses, et c'est ce qui explique la grande fréquence des récidives dans la zone opératoire et dans le tissu de cicatrice ; bien plus, la section des lymphatiques au cours de l'opération ouvre à l'infection de nouvelles voies d'absorption ; c'est ce qu'à parfaitement démontré Cullen dans son récent ouvrage sur le cancer de l'utérus. La radiothérapie ne s'est guère montrée efficace que dans les cancer cutanés.

Encouragé par les succès du Dr Massey, de Philadelphie, qui depuis 10 ans traite la carcinose par la cataphorèse mercurique, l'auteur se décida au printemps de 1903 à faire l'essai de cette méthode.

La cataphorèse mercurique consiste dans la destruction de toutes les cellules cancéreuses par la diffusion dans la tumeur, de sels de zinc et de mercure à l'état naissant. Ces sels sont les produits de l'action électrolytique des éléments liquides sur un électrode de zinc amalgamé. Au pôle positif c. à. d. au pôle actif, les iodures d'oxygène et d'acides qui s'y réunissent à l'état libre, attaquent les électrodes de zinc amalgamé, formant de l'oxychlorure de zinc et de mercure, sels fortement astringents et germicides. Ceux-ci sont transportés par le courant à travers les tissus où, se combinant avec l'albumine cellulaire, ils déterminent la précipitation d'albuminates dépourvus de toute énergie vitale. Cette action destructive ne se limite pas à la tumeur, mais s'étend également au tissu apparemment sain qui l'entoure, laissant intacte les cellules normales, détruisant les cellules de néoformation qui y ont pénétré.

Cette action se traduit objectivement par l'apparition au cours des 48 heures qui ont suivi l'application de la méthode, d'une zone rougeâtre entourant la zone de destruction. Cette sélection du courant qui traverse les tissus malades en respectant les tissus sains s'explique par cette loi générale qui montre les courants électriques s'insinuant toujours le long des trajets, qui offrent la moindre résistance; la cellule cancéreuse étant une cellule retournée au type embryonnaire, il est logique de la supposer plus sensible à la cataphorèse que la cellule normale. La méthode de traitement par la cataphorèse consiste à lancer dans la tumeur des courants de 200 à 900 milliampères, le malade se trouvant sous l'anesthésie éthérée. Exceptionnellement, pour de petites tumeurs cutanées il ne fut pas employé plus de 10 à 15 milliampères. La

durée de cette opération, laquelle se pratique en une seule séance, varie entre 1 et 4 heures; toujours elle fut bien supportée par les patients, à l'exception d'un cas où sous l'influence d'un courant de 450 ma. le pouls tomba à 40, la respiration devint plus lente, et la teinte cyanosique. Les suites opératoires se traduisent par une très légère et très fugace sensation de brûlure à l'endroit traumatisé, par la disparition des douleurs névralgiques les plus rebelles, et par l'élimination en un laps de temps variant entre 10 et 28 jours de l'eschare forte opératoire.

L'auteur rapporte un total de 20 cas de cancers traités par la cataphorèse mercurique dont 8 sont complètement guéris, 2 améliorés et un mort. Deux malades ne retirèrent aucun bénéfice du traitement. Les autres sont encore en observation; sur ces 20 malades, 7 étaient opérables, 10 inopérables, et 3 constituaient des cas absolument désespérés.

L'auteur joint à son travail des photographies représentant en plusieurs clichés depuis l'époque pré-opératoire jusqu'à la période de guérison les phases successives d'amélioration constatées chez une malade atteinte d'un cancer du sein, chez une autre atteinte d'un cancroïde de la paupière inférieure et chez un homme porteur d'un cancer de la langue.

## Section IV. — Radiologie.

Président : M. le Prof. JACQUES (Bruxelles).

Secrétaire : M. le D<sup>r</sup> HAUCHAMPS (Bruxelles).

*Séance du 13 août 1905, à 9 h. du matin.*

### Technique de la radiothérapie,

*par M. le D<sup>r</sup> Belot (Paris).*

M. le D<sup>r</sup> BELOT expose longuement la technique qu'il recommande.

M. le D<sup>r</sup> HENRARD (Bruxelles).—Je ne suis pas de l'avis de M. le D<sup>r</sup> Belot au sujet des appareils de dosage de la quantité des rayons X employés en radiothérapie. A mon avis, et comme l'a d'ailleurs dit M. Belot, l'appareil d'Holzknacht est d'un emploi difficile, le radiomètre X de Sabouraud et Noiré est un appareil dangereux. Le changement de coloration de la pastille se produit sous d'autres influences que les rayons X, M. Bordier vous le dira mieux que moi tantôt.

MM. Sabouraud et Noiré nous disent qu'une unité S. N. par exemple provoque la dépilation. Avec mon installation il me faut 50 minutes pour obtenir la teinte brune de l'étalon, or en 20 minutes déjà j'obtiens la dépilation.

M. Belot nous dit que les meilleures ampoules sont les ampoules à osmo-régulateur. Il me semble que les ampoules réglables à mannettes sont d'un maniement plus facile.

M. le D<sup>r</sup> FREUND (Vienne) (*en allemand*). — M. le D<sup>r</sup> Henrard se plaint de l'imperfection des divers procédés de mesure, qui ne donnent pas toujours les mêmes effets dans les mêmes conditions. M. Belot au contraire demande qu'on ne se contente pas de la méthode dite massive, mais qu'on emploie aussi la méthode fractionnée. Je crois que les deux confrères ont raison, les sujets réagissent en effet différemment aux rayons X. Il me semble donc préférable de ne pas suivre dans tous les cas une méthode fixe, schématique d'après une dose considérable, —

mais de répéter fréquemment des petites doses jusqu'à obtenir l'effet désiré. On ne connaît pas le nombre de doses nécessaires pour chaque sujet et l'on évitera l'action nuisible.

M. le Dr DE NOBELE est partisan comme le Dr Freund de l'emploi des doses fractionnées. On peut ainsi suivre la réaction présentée par le malade, chose que l'on ne peut faire si l'on donne en une fois toute la quantité qu'il peut subir sans danger. Nos appareils de mensuration sont basés sur des réactions chimiques ou physiques et ne mesurent pas les réactions biologiques ou vitales. Or ces réactions sont éminemment variables d'une personne à l'autre.

M. le Dr HAUCHAMPS (Bruxelles). — Je crois que le radiomètre Sabouraud et Noiré est réellement un bon appareil de mesure.

Pour ma part il m'a toujours donné des indications utiles. Mais en effet ce n'est pas une mesure réelle ; la bain n'est pas encore un facteur absolument fixe, ce facteur dépend de l'expérience personnelle dans chaque laboratoire. Il n'en est pas moins vrai que dire qu'il est dangereux des qu'il n'existe aucun appareil de mesure en radiothérapie est à mon avis erroné. Si la radiothérapie a fait dans tous les pays tant de progrès depuis 2 ans, c'est grâce à ces radiomètres et pour preuve il ne s'est plus guère produit d'accident depuis lors.

M. le Dr BELOT refute l'appréciation de M. Henrard et sur les ampoules et sur les appareils de mesure.

### **L'orthodiascopie appliquée au diagnostic des affections thoraciques**

*par M. le Dr Guilleminot (Paris).*

M. le Dr GUILLÉMINOT présente l'emploi de son orthodiascope. (Voir description d'exposition).

### **Les indications actuelles de la Röntgenthérapie**

*par M. le Prof. Piccinino (Naples).*

M. le Prof. DE LUZENBERGER expose le travail de l'auteur absent.

M. le Dr CURCHOD (Bâle). — M. Curchod demande, vu les beaux résultats obtenus, quelle est la technique employée par le Prof.

Piccinino, s'il se sert d'un transformateur ou d'une machine statique.

M. le D<sup>r</sup> DE LUZENBERGER (Naples). Je ne suis pas dans la possibilité de donner toutes les particularités qui pourraient intéresser M. le Dr Curchod sur la communication du Prof. Piccinino. Mais ce que je peux répondre c'est qu'il se sert d'une bobine, avec interrupteur à rotation à mercure, qui donne une étincelle de 50 centimètres. Il règle la durée et la fréquence des séances selon le cas singulier en suivant en général les indications connues et indiquées dans tous les traités. Les tubes sont d'une grandeur correspondante à la bobine et il use les tubes durs ou moux selon que la lésion est profonde ou superficielle. En général il préfère la méthode à séances répétées, mais dans des cas particuliers il fait aussi des rares applications intenses.

### **Les rayons X ont-ils la propriété de provoquer les effets chimiques ? Action de ces rayons sur les substances à l'état colloïdal.**

*par M.M. les D<sup>rs</sup> Bordier et Galimard (Lyon.)*

Puisque l'action des rayons X sur le platino cyanure consiste en une déshydratation, il y a lieu de rechercher si les rayons X ont une action chimique.

Sur des solutions métalliques (eau iodée, liq. de Fehling, indigo, acide oxalique) les rayons X (20 à 30 unités) n'ont aucune action. Sur la digestion artificielle de fibrine, pepsine, albumine, aucune action. L'action des rayons X sur la plaque photographique n'est donc pas semblable à celle de la lumière. Les rayons X ne modifient en rien le pouvoir rotatoire de la saccharose. Ils ne produisent pas de transformation allotropique du phosphore.

Les rayons X font disparaître l'opalescence des solutions à l'état colloïdal (peut être en déchargeant la charge électrique des particules en suspension.)

M. le D<sup>r</sup> BELOT (Paris). M. Bordier nous dit que les rayons X n'ont pas d'action réductrice sur les corps chimiques, sur la solution d'iode en particulier.

Il semble cependant que le changement de coloration de la pastille d'Holzknacht est bien dû à un phénomène d'ordre chimique. Les solutions iodées présentent des phénomènes de



réduction : c'est le principe de l'appareil de Freund et on ne peut parler ici de déshydratation ?

A quoi serait due l'image radiographique ? M. Bordier dit qu'il n'y a pas de réduction d'argent ; mais il ne nous fournit aucune explication ?

Les études et expériences sur les substances à l'état colloïdal sont très intéressantes.

## **Traitement du Lichen ruber planus par les rayons X**

*par M.M. les Dr Doz. L. Freund et M. Oppenheimer (Vienne).*

Les auteurs ont obtenu dans un cas de lichen ruber planus verricosus très étendu, ayant résisté à tous les modes de traitement, un résultat complet au moyen du traitement radiothérapique fait à la clinique du Prof. Finger à Vienne. L'examen microscopique montra que la couche cornéenne et la couche granuleuse hypertrophiées étaient redevenues normales, de même que les bourgeons épithéliaux qui étaient très augmentées auparavant. L'infiltration des cellules rondes s'était partiellement transformée en cellules fusiformes, allant vers la transformation en tissu cornéen. Les faisceaux élastiques et les vaisseaux sanguins avaient subi la même évolution.

## **Nouveau dispositif de protection des radiothérapeutes**

*par le Doz. Dr L. Freund (Vienne).*

L'auteur emploie un paravent composé de deux pans de hauteur d'homme, reliés par charnière, et couverts de plaques de plomb de 1 mm. d'épaisseur. Ce paravent se trouve sur roulettes et chaque côté possède à hauteur de l'œil une petite fenêtre en verre plombique. Dans l'espace compris entre les 2 parois se trouve l'appareil Röntgen et le patient. Le médecin peut surveiller la marche à travers les fenêtres. La mise en marche se fait au moyen d'un interrupteur placé au mur de la chambre en un endroit non atteint par les rayons X. Ce dispositif protège le corps tout entier du médecin, sans le cloîtrer dans une petite cabine et lui laisse toute sa liberté d'action.

M. le Dr DE NOBELE. — Je crains que l'appareil proposé par M. Freund ne soit pas suffisant pour protéger complètement l'opé-

rateur contre les rayons secondaires qui se produisent quand les rayons X viennent frapper un corps opaque.

Je préférerais la cabine complètement close enfermant tous les appareils de réglage comme l'a proposé Albers-Schönberg.

Ou bien l'opérateur devrait se tenir dans une chambre voisine avec ses appareils de réglage, de cette manière on évite pour le malade la vue des appareils, chose toujours émotionnante ; l'opérateur est entièrement à l'abri des rayons.

M. le D<sup>r</sup> STENBECK (*en allemand*). — J'emploie un procédé plus simple encore en recommandant à la surveillante de ne pas se tenir dans la chambre où se trouve l'appareil, elle y entre de temps en temps pour surveiller l'application. Tout changement dans la marche s'entend à distance.

J'ai la même surveillante depuis 6 ans, elle est occupée de 9 h du matin à 3-5 h. de l'après midi et a donné des milliers de séances. Jusqu'à présent elle n'a subi aucun dommage.

M. le D<sup>r</sup> BELOT (Paris). — La mentalité et le peu de bravoure de nos malades en France rendent très difficile l'utilisation du paravent de Freund ou de la cabine d'Albers-Schönberg qui est analogue. Ils supporteraient mal l'absence du médecin.

Aussi l'usage d'un bon localisateur me paraît-il préférable.

Il serait plus pratique dans l'installation de Freund de placer tous les appareils générateurs vers le médecin, en dehors de l'espace irradié ; il pourrait ainsi en surveiller plus facilement le fonctionnement.

Je signalerai, à ce propos, les dispositifs de M. le D<sup>r</sup> Barjoz et de M. le D<sup>r</sup> Barret pour le réglage à distance, le premier du tube Müller, le second pour tube Chabaud. Ces appareils sont très pratiques.

M. le D<sup>r</sup> KÖHLER (Wiesbaden) (*en allemand*). — La proposition, faite par M. le D<sup>r</sup> Freund, me semble trop compliquée. Sans doute le médecin doit se protéger à un très haut degré, car ordinairement il doit s'exposer aux rayons pendant toute sa vie, et pendant 20 ou 30 années la masse des rayons qui l'auront atteint sera immense, même, quand le médecin est protégé par du plomb. A cet égard il est indispensable, que le plomb de la paroi protectrice soit gros de plusieurs millimètres, mais je crois qu'en tout cas une simple paroi suffira et que jamais une chambre complète à quatre parois ne sera nécessaire pour le médecin.

M. le Dr KASSABIAN (Philadelphie) (*en anglais*) décrit une table à l'hôpital de Philadelphie contenant une caisse couverte de plomb dans laquelle se trouve la tube de Crookes; des glissières latérales se réunissent pour former l'orifice nécessaire.— Cela vaut mieux que le diaphragme iris, parce qu'on peut choisir l'ouverture et l'endroit qu'on préfère, alors que le diaphragme iris s'ouvre toujours à partir du centre. Les quatre parois peuvent s'ouvrir comme d'une boîte et protègent ainsi l'opérateur. Un miroir rend le tube de Crookes visible à l'opérateur.— Dans mon cabinet, je me tiens dans la salle d'examen et ne reste pas là où se trouve le tube. Je place devant l'appareil un rideau plombique, et j'observe le fonctionnement au moyen d'une glace. Depuis lors je ne souffre plus de mes mains.

M. le Dr FREUND pour conclure, estime que la surveillance du traitement est difficile, lorsqu'on se trouve dans la chambre à côté. Les rayons X traversent non seulement le plomb, mais encore des murs de moindre épaisseur, et il faudrait aussi examiner si les rayons secondaires émanant de plaques de plomb et de murs de pierre si épais n'ont aucun effet nuisible.

Quant au tablier de plomb de M. Belot, il ne protège que le devant de la moitié inférieure du corps, mais pas le dos, qui est si souvent exposé lorsque le médecin se tourne. Il n'est pas probable que le patient préfère la vue d'un médecin attifé du tablier en caoutchouc, de lunettes en verre plombiques et de casque protecteur au séjour dans un espace formé par un paravant élégamment garni et tapissé.

### **Actions des rayons du Radium sur les nerfs périphériques.**

*par M. le Doz. Dr Freund (Vienne).*

Un patient, atteint d'épithéliome de la cloison nasale et traité par le radium, observa après chaque séance, un éternuement violent et persistant. En recouvrant la capsule de radium au moyen d'une feuille de plomb, et l'appliquant de façon qu'à *l'insu du patient* sa muqueuse ne fût pas frappée par les rayons, ce réflexe ne se produisit pas, et reparut lorsqu'on opéra sans cette précaution. Cette excitation peut être due à l'irritation des filets nerveux, ou à des troubles circulatoires de la muqueuse.

M. le Dr BELOT. — A propos du traitement par le radium, je crois utile de signaler les nouveaux appareils inventés par M. Curie.

Le corps radioactif est fixé soit à l'extrémité d'une tige de métal cylindrique, ou d'un plateau de forme variable, à l'aide d'un vernis spécial inattaquable par le plus grand nombre des antiseptiques.

Ce dispositif a les avantages suivants : il nécessite moins de produits que les boîtes, il n'absorbe pas la plupart des rayons X, comme la lame d'aluminium ou d'ébonite, il peut revêtir les formes les plus diverses et être facilement introduit dans les cavités.

Je signalerai également les tissus radifères, étoffes lavables sur lesquelles le produit est fixé à l'aide du même vernis.

Ces appareils pour radiumthérapie sont très pratiques et remplaceront les boîtes à radium qui sont rapidement détériorées si elles forment cavité close, par suite probablement de l'émanation !

### **Emploi de la radioscopie pour l'extraction d'un corps métallique de l'œsophage**

*par M. le Dr Henrard (Bruxelles).*

M. le Dr HENRARD expose sa méthode,

M. le Dr DE NOBELE (Gand). — J'insiste sur l'utilité que présente l'extraction des corps étrangers sous le contrôle de la radioscopie. Il y a déjà plusieurs années que nous pratiquons cette méthode et elle nous a donné toujours d'excellents résultats.

M. le Dr STENBEEK a eu de nombreux cas de pièces de monnaies arrêtées dans l'œsophage et a toujours réussi à les extraire au moyen de longues pinces dans le genre de celles qu'on nous montrait. Mais les branches doivent être dirigées de façon à saisir les monnaies en travers, — dans les cas que j'ai traités d'avant en arrière. — Le mieux est de faire faire la manœuvre par un assistant, pendant qu'on suit l'image radioscopique.

*Séance du 14 août 1905, à 9 heures du matin.*

Président : M. le Prof. JACQUES (Bruxelles).

Secrétaire : M. le Dr HAUCHAMPS (Bruxelles).

### **Le radiodiagnostic**

*par M. le Dr Hauchamps (Bruxelles).*

M. le Dr HAUCHAMPS insiste sur l'importance de la qualité du Rayon en radioscopie. Instrumentation nécessaire : ampoule mobile, diaphragme et recherche de l'incidence normale, — ampoule réglable.

Il serait à désirer que on fasse plus de radioscopie et moins de radiographies qui ne servent à rien la plupart du temps.

Au moyen du tube compresseur l'on peut radiographier n'importe quelle partie du bassin chez n'importe quel sujet, aussi facilement que les os de la main

Il serait à désirer que jamais un radiodiagnostic ne soit posé à la demande d'un malade seul, le spécialiste doit toujours rechercher le médecin traitant et lui envoyer immédiatement l'élément de diagnostic recherché.

M. le Dr BELOT. — Je crois que toujours la radioscopie doit précéder la radiographie. Grâce à cette méthode, on peut préciser le point exact sur lequel doit porter la radiographie. On supprime ainsi ces immenses radiographies sur lesquelles on ne voit rien et qui par contre coûtent très cher.

Ce principe : radioscopie avant radiographie, nécessite l'exercice de cet art par un médecin et non par un photographe.

M. le Dr HENRARD. — Dans son rapport M. Hauchamps malmène la radiographie stéréoscopique ; « elle n'a pas tous les avantages qu'elle paraît présenter à première vue ». Je crois, au contraire, qu'elle est très utile pour la recherche des corps étrangers. Une épingle, par exemple, qui semble transversale sur une radiographie plane est antéro-postérieure sur l'épreuve stéréoscopique. Il m'est arrivé fréquemment de faire des diagnostics de luxation que la radiographie plane n'avait pas démontrés, une luxation extra-coracoidale notamment ne fut reconnue qu'au stéréoscope.



M. le Dr HAUCHAMPS dit au Dr Henrard qu'il n'a pas dit la radiographie stéréoscopique inutile, au contraire; il s'est placé au point de vue du radiodiagnostic dans un service hospitalier où il faut aller vite avec le minimum d'applications difficiles, toutefois la radiographie stéréoscopique doit se faire dans un certain nombre de cas spéciaux seulement et d'une façon générale quand les autres moyens pratiques sont insuffisants comme il le dit pour chaque cas particulier dans son rapport.

### **Sur la régénération des écrans au platino-cyanure de Baryum**

*par M. le Dr Bordier (Lyon).*

Le rapport de M. le Dr BORDIER a été distribué, mais en l'absence du rapporteur aucune discussion n'a lieu.

### **Les mesures en Radiologie**

*par M. le Dr Curchod (Bâle).*

M. le Dr CURCHOD expose les principes des appareils de mesure actuellement employés et décrit la méthode qu'il préconise.

M. le Dr FREUND (*en allemand*). — A mon regret je ne trouve pas mentionné dans le travail du rapporteur le procédé de mesure du Dr Köhler. Comme je crois que ce procédé a une certaine importance, il serait désirable que M. Köhler veuille bien nous l'exposer.

M. le Dr KÖHLER (Wiesbaden). — M. Curchod en effet n'a pas mentionné dans son rapport la méthode que j'ai publiée en janvier 1905 dans le « Münchener medizin. Wochenschrift » Röntgenröhre mit Vorrichtung zur therapeut. Dosierung der Röntgenstrahlen. Le temps me ferait défaut ici pour faire un exposé complet de cette méthode et je me permets d'attirer l'attention de ceux que s'y intéressent, sur l'article original.

M. le Dr CURCHOD après quelques brèves explications de la méthode de M. le Dr Köhler, demande quelle est la division du dispositif qui mesure la température de l'anticathode.

### **L'emploi du milliampèremètre dans la Radiographie.**

*par M. le Dr Levis Jones (Londres).*

M. le Dr LEVIS JONES expose les conclusions de son rapport qui sont adoptées.

## Nouvel appareil localisateur pour radiothérapie et nouveaux tissus protecteurs.

*par M. le Dr Belot (Paris).*

M. le Dr BELOT expose l'emploi et la fabrication de ces instruments. (v. Exposition).

M. le Dr RAOULT DESLONGCHAMPS pour compléter la protection de l'opérateur préconise un appareil qu'il a fait construire. C'est un simple paravent en 3 morceaux dont les cadres sont remplis par des larmes de verre au plomb, qui tout en arrêtant les radiations, permettent de surveiller l'ampoule et les crochets. Ce paravent se place entre les appareils et l'ampoule. L'opérateur n'a qu'à se placer derrière pour être protégé suffisamment contre les radiations.

M. le Dr KASSABIAN (*en anglais*) trouve ces appareils très ingénieux, mais croit nécessaire d'y ajouter un appareil protecteur pour les yeux, ce qui serait plus important. Il a souffert lui même de radio-conjonctivite et croit que la face doit être protégée comme les organes génitaux.

La méthode de fils croisés du Dr Belot pour localiser et déterminer la direction des rayons X est très dangereuse pour les yeux

## Un nouveau radiomètre

*par M. le Dr Denis Courtade (Paris).*

La description en a été donnée.

## Radiothérapie du Sarcome

*par M. le Dr Kienböck (Vienne).*

M. le Dr KIENBÖCK a été au dernier moment empêché de présenter lui même son intéressant rapport. — Les conclusions en sont lues par M. le Dr von Hovorka, mais en l'absence du rapporteur aucune discussion n'a lieu.

## Action des Rayons X sur l'hypertrophie de la prostate

*par MM. les Drs Luraschi et Carabelli (Milan).*

M. le Dr LURASCHI expose ses expériences et insiste sur l'amélioration rapide et complète des symptômes subjectifs.

M. le Dr HENRARD demande la description du posomètre de Brand qui a été employée par le rapporteur.

M. le Dr LURASCHI le décrit.

## Actions des rayons X sur le goître néoplasique des chiens

*par MM. les Drs Luraschi et Fiorentini (Milan).*

M. le Dr LURASCHI donne les détails de la méthode employée et résume les conclusions de son rapport.

M. le Dr MICHAUT (Dijon). — Je pense qu'il faut distinguer entre les hypertrophies thyroïdiennes simples et les dégénérescences épithéliales ou sarcomateuses du corps thyroïde. J'ai eu en effet l'occasion de traiter par les rayons X une jeune femme atteinte d'une énorme tumeur thyroïdienne gauche diagnostiquée sarcome par des chirurgiens Parisiens. Au bout de 10 séances hebdomadaires à raison de 5 H. par séance — rayons 7 de Benoist, la régression a été très nette. Mais sitôt que je cessais le traitement, une poussée nouvelle reparaisait. Actuellement après 25 séances l'état est excellent, mais je doute du résultat final.

M. le Dr LURASCHI. — Nous avons commencé ces expériences sur les chiens pour passer ensuite au traitement du goître chez l'homme.

M. le Dr BELOT. — Je crois dans les cas dénommés Lymphosarcome etc. il serait intéressant et de toute nécessité de préciser le diagnostic, la nature du mal. Il faut examiner le sang. Ainsi, les hypertrophies ganglionnaires des leucémiques regressent beaucoup plus vite que les adénies dites de Trousseau ? Même parmi ces dernières, les unes régressent, les autres ne se modifient pas. L'exacte précision du diagnostic permettrait peut-être de saisir la raison de ces variations : il est vrai qu'il s'agit là d'un problème difficile.

Il n'est pas possible d'avoir une opinion précise : il semble cependant que les hypertrophies simples du corps thyroïde ou les dégénérescences sarcomateuses sont plus favorablement influencées que les proliférations épithéliales ; tel est le résultat des quelques expériences qui ont été tentées.

M. le Dr LEVIS JONES a vu, dans des cas de cancer du sein, traités longtemps par les rayons X, que la glande thyroïde s'est développée d'une manière très marquée et croit également que

le diagnostic exact est d'une importance capitale pour bien juger les résultats.

M. le Dr KOROLKO (St. Petersburg) communique un cas de goitre, observé par lui ensemble avec le Dr A. Janovsky et guéri par les rayons X. Il s'agit d'une dame, âgée de 50 ans, mère d'un médecin, qui souffrait d'une tumeur volumineuse de la glande thyroïdienne sans ulcération. Après 25 séances il s'est manifesté un rougeur, une grande fièvre, qui a été suivie au bout de deux semaines d'une guérison complète sans récédive jusqu'à présent. (il y a déjà 15 mois). L'action favorable des rayons X sur les tissus profonds se rapproche de celle sur la rate malade (leucæmie vraie). La patiente âgée de 41 ans, était très gênée dans la respiration par la rate douloureuse qui descendait dans le bassin. Le Dr K. a observé la disparition des phénomènes inflammatoires, suivis de fièvres ténaces. La malade a pu, après un long séjour au lit respirer librement et faire deux cents pas. Je regrette que la question du traitement de la leucémie et de l'influence des rayons X sur les tissus profonds ne se soit pas présentée à l'attention de la section, vu que la pénétration des rayons Röntgen dans l'intérieur du corps reste encore discutable.

### Le traitement de l'Hypertrichose

par M. le Dr E. Albert Weil (Paris).

Selon le Dr Albert Weil, le traitement de choix de l'hypertrichose est à l'heure actuelle la Radiothérapie *pratiquée avec la technique qu'il recommande* et qui est très différente de celle que le Dr Kienböck a condamnée avec raison en 1904 et qui déterminait la chute des poils et, en même temps, l'atrophie cutanée en conséquence de la production d'une ou deux radio-dermites.

Le Dr Albert Weil ne tente pas de demander à la Radiothérapie une chute définitive des poils anormalement placés ; il détermine une série de chutes temporaires sans que la peau ressente d'érythèmes appréciables, car il a constaté que chaque repousse est moins importante que la précédente et que l'intervalle entre les repousses augmente avec leur nombre. A chaque repousse, ou au moment où il commence le traitement, il administre en chaque région couverte de poils anormalement placés une *dose*

*légèrement inférieure* à la dose limite indiquée par le réactif Sabouraud-Noiré comme déterminant l'alopecie temporaire ; pour cela il colle la pastille qui sert au dosage, avec un peu d'eau, sur le verre de l'ampoule en face de l'anticathode et il place la région de la patiente convenablement protégée à une distance du verre de l'ampoule égale à la distance de l'anticathode à cette paroi ; grâce à l'échauffement du verre, la pastille atteint la teinte limite un peu plus rapidement que si elle était simplement placée au voisinage de l'ampoule et non sur elle. (Il convient d'ajouter du reste que l'auteur n'utilise que des ampoules à anticathode renforcée qui ne deviennent que très exceptionnellement rouges pendant les séances.) Quoi qu'il en soit, au visage, la dose obtenue ainsi est largement suffisante pour déterminer la chute sans erythème.

Avec cette méthode, les malades finissent, même en cas de barbes complètes, à n'avoir plus besoin que de 4 à 5 séances par an.

M. le Dr ALBERT WEIL recommande donc la radiothérapie comme traitement de choix de l'hypertrichose, — mais il en a modifié la technique. — Il procède par doses fractionnées, successives, et évite la radiodermite.

M. le Dr FREUND (*en allemand*). — J'ai pu observer un nombre de cas assez considérable. La moitié de mes patientes n'ont pas continué le traitement à cause de sa durée. — Les autres m'ont donné 50 % de guérisons définitives et irréprochables depuis plusieurs années. Chez les dernières l'hypertrichose ne se reproduit plus, mais après un certain temps j'ai pu constater des télengiectasies, des atrophies et des altérations cutanées désagréables, — que je n'ai pu trouver le moyen d'éviter. — La technique est très importante. J'ai observé que si l'irradiation est intense et donne des réactions sensibles, il y a danger d'une altération cutanée ultérieure. — La qualité de l'ampoule a une certaine importance : je préfère des ampoules dures et des séances courtes. — Mais certaines idiosyncrasies doivent intervenir également. Ainsi les troubles sexuels des femmes augmentent la sensibilité. — Toutefois il paraît certain que dans beaucoup de cas, la radiothérapie est le seul moyen de délivrer certaines femmes de leur infirmité et de leur rendre l'existence supportable. Il ne faut donc pas soumettre au traitement des cas à hypertrichose peu développée, mais dans les autres cas on doit laisser



choisir les patientes entre l'existence de l'hypertrichose et l'apparition *possible* mais non *certaine* de télangiectasies. — Le procédé doit être dénommé cure radicale.

M. le Dr KÖHLER croit que le traitement de l'hypertrichose par la radiothérapie sera bientôt rejeté. Il est difficile d'éviter la pigmentation en procédant énergiquement; en procédant lentement de façon à éviter toute irritation et toute pigmentation, le traitement est si long que la plupart des malades perdront la patience.

M. le Dr STENBECK (*en allemand*) croit l'appréciation de M. Köhler trop pessimiste. Il y a des cas qui après une épilation complète et définitive laissent cependant une peau intacte, et souvent sans récive. En tous cas, dans les dernières années j'ai généralement refusé d'accepter ces malades, mais les résultats sont parfois meilleurs qu'on ne pense. Une infirmière ayant une barbe énorme à poils très gros fut traitée par moi il y a environ 5 ans, et pendant 2 ans au moins elle est restée sans récive et sans pigmentation aucune.

M. le Dr LURASCHI. — J'ai traité au moyen des Rayons X un cas de trichorexis. Après plusieurs applications très longues (20.25 m.) et avec un tube très puissant, j'ai pu réussir à faire tomber les poils de la barbe et aussi des moustaches. Mais j'ai eu une forte réaction qui durait un mois.

M. le Dr KOROLKO (St-Petersburg) attire l'attention sur l'action de rayons X en cas d'hypertrichose et aborde la même action sur les ongles. Une malade avec hypertrichose du menton après 25 séances était débarrassée de poils épais mais peu nombreux. La guérison était suivie d'une forte inflammation de la peau. Un domestique qui tenait un écran de plomb devant le visage de malade a senti en même temps que le malade une sensation de brûlure, un gonflement, des douleurs, qui se sont terminés par l'éruption de bulles sur la paume d'une main; une semaine après on a constaté la séparation de l'ongle qui a été remplacé par un ongle aussi solide que le précédent. Il n'y a eu aucune pigmentation de la main. De tels cas m'ont inspiré une grande prudence avec des malades qui cherchent à être débarrassés de leur poils qui les gênent pour quelles raisons que ce soient.

M. le Dr WEIL. — Je suis heureux de voir M. Freund et M. Stenbeck déclarer comme moi qu'un grand nombre de cas d'hypertrichose peuvent être traités par la radiothérapie sans lésions ultérieures. Les cas les plus heureux sont les mauvais cas où les

dames avaient de véritables barbes : les cas où il y a très peu de poils disséminés dans un duvet assez long sont moins bien influencés.

Mais je répète qu'il faut éviter absolument toutes radiodermites.

## **Deux cas de Sarcomes améliorés et guéris au moyen des rayons X.**

*par M. le Dr Stembo (Volna).*

Description des cas avec photographies.

### **Sur un cas de maladie de Paget guéri par le radiothérapie**

*par M. le Dr Bordier (Lyon).*

*Résumé :* Premiers symptômes en 1899 : petites vésicules sur le mamelon gauche, d'où s'écoule un liquide incolore puis du sang, — traitement médical.

En 1903 diagnostic du Docteur Brocq : maladie de Paget.

En 1904, plaque arrondie rouge vermillon sur le mamelon, érosions superficielles parsemées, sécrétion, — pas de ganglions axillaires.

Traitement radiothérapique; ampoule à rayons très pénétrants. 1 seule séance 8 unités H. forte réaction. — *guérison* après 1 1/2 mois.

Cette observation s'ajoute à celle de Mecu et Bissené.

### **Technique et traitement radiothérapique des naevi-plans.**

*par M. le Dr Bordier (Lyon).*

Description de 2 cas de taches de vin guéries par la radiothérapie.

Technique : enduire la périphérie du naevus d'une couche de pommade composé de minium 6 gr. + axonge 30 gr. — placer au dessus une plaque de plomb munie d'une ouverture un peu plus grande que la tâche à traiter. — La pommade donne un effet de dégradation des rayons.

Ampoule à une distance double de la plus grande dimension de

la tache, rayons peu pénétrants, 1<sup>re</sup> séance : 10 un. II. — laver la plaie radiodermique à l'oxycyanure de mercure, — parfois une 2<sup>e</sup> séance après 1 1/2 à 2 mois.

Il faut avertir le sujet de l'épilation probable et de l'absence de poils sur la région traitée qui restera glabre.

### **Traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X.**

*par M. le Dr Desplats (Lille),*

M. le Dr DESPLATS expose son traitement.

M. le Dr BELOT demande que l'on pose un diagnostic précis avant le traitement et les cas de réussite ou d'insuccès trouveraient alors une facteur d'explication.

### **Photothérapie. Radiothérapie**

*par M. le Dr François (Anvers).*

M. le Dr FRANÇOIS dépose les conclusions de son travail.

#### *Propositions.*

M. le Dr WEIL demande que l'on mette à l'ordre du jour du prochain Congrès l'étude de l'action des rayons X sur les néoplasmes profonds. Cette proposition sera transmise au bureau du prochain Congrès.

M. le Prof. JACQUES, président, remercie l'assemblée de son assiduité aux séances et de ses contributions aux discussions, et souhaite le même succès au prochain Congrès.

La séance est levée à 12 1/2.

## Deuxième séance générale.

*Mardi, 15 août, à 9 1/2 heures du matin.*

---

Président : M. le Prof. v. WINIWARTER.

Secrétaires : M.M. les D<sup>rs</sup> DE MUNTER ET GUNZBURG.

---

### La place de la Physiothérapie dans les matières de l'enseignement

*par M. le prof. Winternitz (Vienne).*

M. le Prof. WINTERNITZ étant empêché d'assister à la séance, M. le D<sup>r</sup> Gunzburg lit les conclusions de ce travail, tendant à enseigner la Physiothérapie surtout par l'expérimentation et la clinique, et demandant de la rendre obligatoire.

### L'enseignement et l'Empirisme en matière de Physiothérapie en Autriche

*par M. le Doz. Dr Bum (Vienne).*

Ce travail est résumé ; il donne un aperçu général de la situation en Autriche, où de nombreux cours sont donnés à Vienne et par-ci par-là dans d'autres Universités. L'empirisme serait facile à combattre, si les médecins voulaient s'entendre et appliquer les lois existantes.

### L'Enseignement de la Physiothérapie en Suède

*par M. le Doz. Dr Halund (Stockholm).*

M. le D<sup>r</sup> STENBECK défend les thèses du rapporteur insistant sur la nécessité absolue d'exiger que tout acte médical ne puisse être exécuté que par le médecin seul.

## L'Enseignement de la Physiothérapie en Hollande

*par M. le Doct. Dr de Vries (Groningue).*

M. le Dr DE VRIES expose son rapport et insiste sur la nécessité d'incorporer l'enseignement de la physiothérapie au cours de thérapeutique. Les deux cours ne doivent former qu'un ensemble et doivent se rattacher l'un à l'autre.

## L'Enseignement du Massage à l'Université de Berlin

*par M. le Prof. Zabludowski (Berlin).*

M. le Prof. ZABLUDOWSKI montre que dans sa clinique il a dû forcément et malgré lui accepter une section d'enseignement pour non-médecins, à cause des besoins du service. Mais il fait une distinction nette dans la manière dont est enseigné le massage aux uns et aux autres.

## La Solidarité des agents physiques

*par M. le Prof. Colombo (Rome).*

Les conclusions du rapporteur basées sur l'examen détaillé de plusieurs cas sont, que la physiothérapie dans ses différentes branches est une et qu'il est désirable d'avoir à sa disposition tous les agents physiques dont l'union seule peut souvent donner au malade la guérison souhaitée.

## Comment devrait s'enseigner et s'exercer la Physiothérapie

*par M. le Dr Deschamps (Rennes).*

M. le Dr DESCHAMPS voudrait voir l'étude des agents physiques s'appuyer sur l'étude très approfondie des sciences exactes et exprime le désir que la physiothérapie se base sur la pathologie. Il faut être spécialiste dans une branche déterminée de l'art de guérir et appliquer aux affections de cette spécialité tous les agents physiques selon leur nécessité. Il demande d'étudier pour le 2<sup>me</sup> Congrès, une division des travaux par section pathologique et de créer une section spéciale de diététique alimentaire.



## **L'Enseignement de la Physiothérapie en Hongrie**

*par M. le Dr Okolicsanyi Kuthy (Budapest).*

En l'absence de l'auteur, M. le Dr Donath présente les conclusions du travail très documenté de M. le Dr Kuthy et en défend les propositions.

## **Les rapports de la Physiothérapie avec la médecine générale**

*par M. le Dr Rivière (Paris).*

Le rapport est distribué.

## **La valeur de la physiothérapie, spécialement en Allemagne**

*par M. le Dr Lossen (Darmstadt).*

Les conclusions sont résumées.

## **L'éducation physique de l'enfance**

*par M. le Dr Ley (Anvers).*

M. le Dr LEY expose son rapport et conclut par la proposition du vœu suivant : Les Universités devraient, par un enseignement approprié, préparer le médecin à diriger scientifiquement le développement intégral de l'enfance, tant au point de vue physique, qu'au point de vue intellectuel.

## **L'enseignement universitaire de la gymnastique et des sports au point de vue de l'hygiène et comme agents thérapeutiques**

*par M. le Dr Le Marinel (Bruxelles).*

M. le Dr LE MARINEL résume brièvement son rapport et conclut par les vœux suivants :

1° Les agents physiques doivent être prescrits par le médecin et ne doivent être appliqués, dans la majorité des cas, que par lui-même ou sous sa direction :

2° Il y a lieu d'annexer à l'enseignement des Facultés de médecine un cours de physiothérapie.

3° Il y a lieu de créer dans les hôpitaux un service spécial de physiothérapie.

### **L'exercice illégal de la physiothérapie**

*par M. le Dr de Munter (Liège).*

M. le Dr DE MUNTER résume son rapport et propose le vœu suivant :

Inscrire dans les lois sur l'art de guérir de chaque pays des dispositions défendant aux personnes non diplômées docteurs en médecine de soigner par les agents physiques, si ce n'est sous le contrôle régulier et immédiat et avec la responsabilité d'un médecin (comme cela se pratique dans les Hôpitaux, les Cliniques, les Instituts dirigés par les médecins), obligation pour ces aides de subir un examen de capacité.

### **L'enseignement de la radiologie**

*par M. le Dr Belot (Paris).*

M. le Dr BELOT insiste sur les dangers des rayons X et émet le vœu suivant :

L'enseignement complet de la radiologie médicale doit comprendre trois parties : théorique, technique et clinique, et peut être donné seulement dans un hôpital et par un médecin.

### **Exercice illégal de l'électrothérapie**

*par MM. les Dr Laquerrière et Delherm (Paris).*

M. le Dr DELHERM défend énergiquement la thèse exposée dans le rapport et insiste sur la nécessité absolue de restreindre l'usage de l'électrothérapie au médecin seul.

### **L'empirisme en Roumanie**

*par M le Dr Sarafidi (Constantza).*

Le rapport est distribué et donne une excellente description des pratiques en usage en Roumanie.

## Usage et propagation du massage

par M. le D<sup>r</sup> Malengrau (St-Ghislain).

M. le D<sup>r</sup> MALENGRAU résume son travail et pense qu'il est nécessaire de revendiquer pour le corps médical seul l'emploi du massage en tant qu'agent thérapeutique.

### *Discussion générale.*

M. le D<sup>r</sup> KOUINDJI (Paris). — Je crois que la question des empiriques en physiothérapie est une question vitale pour l'avenir de la physiothérapie. J'ai lu avec intérêt les excellents rapports présentés. La plupart insistent sur les graves dangers des exploits des empiriques — et cependant, lorsqu'il s'agit de conclure ils temporisent et même notre rapporteur, M. le D<sup>r</sup> de Munter, admet l'emploi d'aides diplômés sous le contrôle du médecin.

L'orateur cite une école de massage à Paris, dirigée par un empirique, professeur de magnétisme et de massage. Il se hâte de dire qu'il ne s'agit absolument pas de l'école dirigée par notre confrère et collègue M. le D<sup>r</sup> d'Archambaud. Il se demande ce que peuvent valoir les diplômes délivrés par cette école. Il cite ensuite l'opinion du Prof. Zabłudowski qui a lui-même indiqué les dangers du massage empirique, et désapprouve le changement d'opinion actuel de ce dernier qui admet le massage empirique avec des restrictions.

Il croit enfin qu'après avoir étudié l'action, les indications, les contrindications, la technique des divers agents physiothérapiques nous ne devons pas hésiter à déclarer au monde entier que les dangers des manœuvres empiriques exigent que la physiothérapie soit uniquement confiée au médecin.

On n'a pas tergiversé jadis pour attaquer les barbiers-chirurgiens, on ne doit pas cacher la vérité au monde quand il s'agit de la physiothérapie. Sous n'importe quelle forme l'empirisme est un danger public et comme tel il doit être condamné par le corps médical du monde entier.

M. le D<sup>r</sup> DE MUNTER, se déclare d'accord avec M. le D<sup>r</sup> Kouindji au point de vue de l'ensemble de ses idées, — mais il croit que celui-ci va trop loin en ce moment, s'il veut d'un trait barrer tous les aides-masseurs non-médecins. Dans les services hospita-

liers certains massages sont faits par des subalternes, de même que certains infirmiers font les pansements, et pratiquent certaines interventions légères qui seraient, en ville, du ressort absolu du médecin ; il modifie son vœu de la façon suivante :

*Inscrire dans les lois sur l'art de guérir de chaque pays des dispositions défendant aux personnes non diplômées docteurs en médecine de soigner par les agents physiques, si ce n'est sous le contrôle régulier et immédiat et avec la responsabilité d'un médecin* (comme cela se pratique dans les Hôpitaux, les Cliniques, les Instituts dirigés par les médecins).

M. le D<sup>r</sup> P. ARCHAMBAUD (Paris) prend la défense de son école de massage — où, dit-il, les abus ne se produisent pas, parce qu'il fait comprendre à ses élèves tous les dangers qu'il y aurait à pratiquer le massage en dehors du médecin ; il croit nécessaire cependant d'avoir des masseurs non-médecins, pouvant travailler à bon marché, et pouvant servir les personnes peu fortunées, les petits employés, les anciens ouvriers etc. — les malades riches n'hésiteront pas, dit-il, entre le médecin massothérapeute et l'aide-masseur.

Il faut inspirer aux masseurs la terreur de l'accident possible par un massage trop hasardé, et à son école, tout élève doit signer l'engagement de ne soigner par le massage que les malades auxquels ce traitement aura été ordonné par un médecin et après avis de ce médecin, sous peine de tomber sciemment sous le coup des art. 16 et 18 de la loi du 1<sup>r</sup> décembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Fréquemment les élèves sortants refusent de signer cet engagement.

Il est aussi d'avis qu'aucun massage ne doit être fait en dehors de la surveillance du médecin, mais qu'il est impossible que le médecin pratique lui-même tous les massages.

Il se rallie au vœu du D<sup>r</sup> de Munter, modifié.

M. le PROF. ZABLUDOWSKI insiste sur l'impossibilité d'obtenir des médecins les soins assidus nécessaires dans beaucoup de cas, — et déclare que malgré son vif désir de limiter son enseignement de massage à l'Université de Berlin aux étudiants en médecine seuls, il a dû pour les besoins de son service policlinique dresser des masseurs non-médecins, — et pour les choisir il tient surtout compte du caractère normal des individus, plus que de leurs études antérieures.

M. le Dr LE MARINEL admet que ce soit là une explication pour l'emploi d'aides dans les hôpitaux et dans les Instituts ; il ne voit pas comment, en dressant des masseurs dans un cours universitaire, on pourra les empêcher de pratiquer ensuite en ville et d'abuser de leur diplôme.

M. le Dr GUNZBURG croit qu'il ne faut pas se cantonner pour la discussion d'un point si important et que le comité organisateur a cru devoir mettre à l'ordre du jour de la séance plénière, dans l'exercice du massage seul. Toutes les branches de la physiothérapie sont rongées par le même parasite, et tous les efforts doivent tendre à rendre à la physiothérapie la place qui lui revient. On conçoit l'emploi d'un aide, que chacun de nous dresse et dirige à sa façon, sous sa responsabilité et sous sa surveillance, mais on ne peut approuver une classe d'aides diplômés, créée de façon quelconque et qui s'imposerait à côté et contre nous au grand dam du corps médical et des malades.

M. le Dr LIBOTTE est du même avis, et estime qu'il faut généraliser la discussion, partout l'aide doit rester un aide personnel, mais non un aide indépendant qui s'arrogerait un pouvoir usurpé.

M. le Dr ALBERT WEIL parle dans le même sens, il ne considère pas la discussion de l'empirisme comme une discussion sur l'exercice illégal du massage, mais de toute la physiothérapie. Il propose le vœu suivant : « L'aide de physiothérapie ne peut exercer sa profession que sous la responsabilité et sous la direction du médecin dont il est employé. »

M. le Dr LE MARINEL reprend les arguments des divers orateurs, et conclut qu'en tout cas tout le monde s'accorde sur la nécessité de supprimer le diplôme d'aide.

LE PRÉSIDENT met aux voix le vœu du Docteur de Munter, modifié.

Ce vœu est adopté.

M. le Dr FAURE (*La Malou*) constate que ce vœu tout en réunissant une majorité suffisante ne peut avoir aucune sanction effective, il croit que l'utilité du vote est fort réduite. Il propose de ne plus mettre de vœux aux voix.

LE PRÉSIDENT exprime la même opinion et se rallie absolument à cette idée. La discussion suffit pour donner une impression exacte de la manière de penser de l'assemblée.

M. le Dr VASSILIDÈS (*Athènes*) se demande si l'on ne ferait pas



mieux de donner au Congrès le nom de Physiothérapie au lieu de Physiothérapie.

M. le D<sup>r</sup> GUNZBURG explique que le point avait été soumis au Comité organisateur, et décidé pour Physiothérapie, comprenant tous les éléments de la nature (climatothérapie, aérothérapie, diétothérapie etc.) tandis que la Physiothérapie nous limiterait aux agents physiques seuls (eau, électricité, mouvement, chaleur.)

M. le D<sup>r</sup> FAURE remercie le bureau de la bonne direction des séances et de l'organisation des travaux. Il est certain que nos assises ne peuvent pas se borner à un seul congrès, il faut dès à présent songer au 2<sup>me</sup> Congrès, en déterminer si possible la date, le lieu et l'organisation. Prenant en considération les divers entretiens qui ont eu lieu entre un certain nombre de membres du Congrès, il propose de fixer le 2<sup>me</sup> Congrès à 1907, de choisir, si possible, Genève comme lieu de réunion de celui-ci et de confier au Comité organisateur belge le soin de faire les démarches préliminaires pour constituer le comité du 2<sup>me</sup> Congrès, et d'en élaborer les premières bases.

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

M. le PRÉSIDENT remercie l'assemblée au nom du comité belge de l'honneur et de la confiance qu'elle lui témoigne, et félicite l'assemblée de l'ardeur qu'elle a montrée aux travaux du Congrès. Par la multiplicité des rapports et la valeur des discussions, il est convaincu que le 1<sup>er</sup> Congrès de Physiothérapie aura un retentissement suffisant pour faire progresser la cause commune.

La séance est levée à 1 heure.

## Festivités.

---

Placé dans la région la plus pittoresque du pays et coïncidant avec la belle Exposition Universelle de Liège, le Congrès aurait presque pu se passer de festivités : le spectacle de la Nature d'une part et les richesses industrielles et artistiques de l'Exposition d'autre part, auraient pu suffire pour délasser les assistants du Congrès des fatigues de leurs travaux.

Cependant le 1<sup>er</sup> Congrès de Physiothérapie a été particulièrement riche en festivités.

Le 12 août, après la séance d'inauguration, les membres se rendirent à l'Exposition d'Appareils de Physiothérapie, de Brochures et de Photographies qui était annexée au Congrès.

Le soir du même jour, les membres et leurs dames furent reçus par le Comité organisateur dans les vastes salles du Restaurant Lisansky, à l'Exposition. Sans la moindre cérémonie, les présentations furent faites, — les congressistes se saluèrent comme d'anciennes connaissances, et dès ce moment tout le Congrès ne formait plus qu'un ensemble d'amis réunis par un même but et ayant les mêmes tendances.

Le 13 août était un dimanche. L'étendue des matières nous obligea toutefois à siéger le matin. Mais l'après-midi tout entière fut consacrée à une réconfortante excursion aux sources ferrugineuses de Spa. Après quelques mots de bienvenue de l'autorité spadoise, M. le Docteur Dejace, le publiciste et le propagandiste bien connu, dans une pétillante allocution, explique l'origine et la valeur des sources de Spa. Le Congrès de médecine professionnelle fut reçu en même temps que nous par la ville de Spa, et la réunion des deux congrès ne fit qu'ajouter à la franche gaité qui régnait. Le soir, la ville de Spa réunit tous les membres des deux Congrès en un succulent banquet, — et nous n'insisterons pas sur les toasts aimables et cordiaux qui furent échangés. — Remercions encore une fois de tout cœur la ville de Spa et son édilité de sa somptueuse réception.

Ajoutons que tous ceux qui connaissaient les sources de Spa, ont été émerveillés des améliorations et des nouvelles installations ajoutées depuis quelques années, et ne peuvent que féliciter chaleureusement la municipalité de sa sollicitude pour une des sources les plus estimées de la thérapeutique.

Le 14 août était un jour de la labeur. Cependant, le soir, nouvelle réception. C'était l'Administration communale de Liège qui recevait le Congrès et lui exprimait toute la sympathie que déjà elle avait témoignée au Comité organisateur lors de ses relations antérieures.

Enfin le 15 août, le travail était terminé. Un banquet amical réunit tous ceux qui avaient pendant quatre jours collaboré à l'œuvre commune et avait noué des liens solides de fraternité. Une fusée de toasts s'alluma. La plupart de délégués des divers pays prirent la parole et burent au succès de la Physiothérapie. On se donna cordialement rendez-vous au second Congrès en 1907.

---

## Table des matières.

*Les chiffres romains renvoient à la subdivision des rapports  
distribués lors des séances du Congrès.*

	Pages
M. le Prof. v. Winiwarter (Liège). Discours d'inauguration	5
M. le Prof. Jacques (Bruxelles). Discours . . . . .	8
M. le Dr De Mets (Anvers). Discours . . . . .	9
M. le Dr Le Marinel (Bruxelles). Discours. . . . .	12
M. le Dr de Munter (Liège), Discours . . . . .	17
M. le Dr Gunzburg (Anvers). Discours . . . . .	19
Exposition de Physiothérapie . . . . .	21
M. le Prof. de Luzenberger (Naples). Action physiologique et indications de la Franklinisation.	27
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 6
M. le Dr Libotte (Bruxelles). Action physiologique et indi- cations de la Haute Fréquence . . . . .	27
» Rapport in extenso. . . . .	III. No 7
M. le Dr Wybauw (Spa). Action physiologique de l'Hydro- thérapie . . . . .	30
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 1
M. le Dr Moutier (Paris). Action des agents physiques dans l'hypertension artérielle . . . . .	30
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 50
M. le Dr Gunzburg (Anvers). Action physiologique et indi- cations de la Mécanothérapie . . . . .	30
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 3
M. le Dr Denobele (Gand). Indications générales de la Radiothérapie . . . . .	32
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 29
M. le Dr Haret (Paris). Indications générales de la Radio- thérapie . . . . .	32
» Rapport in extenso. . . . .	III. No 20

M. le Dr von Hovorka (Vienne). Les limites et les rapports entre l'orthopédie mécanique et la chirurgie orthopédique . . .	36
» Rapport in extenso . . .	III. No 2
M. le Dr Liniger (Bonn). Massage de l'articulation du genou . . . . .	36
» Rapport in extenso. . . . .	II. No 21
M. le Dr L. Desguin (Anvers). Du massage dans le traitement des fractures. . . . .	37
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 8
M. le Dr Kouindjy (Paris). Indications du massage méthodique dans le traitement des névrites et des polynévrites. . . . .	38
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 16
M. le Dr Gourdon (Bordeaux). De la réduction non sanglante de la luxation congénitale . . . . .	40
» Rapport in Extenso . . . . .	II. No 28
M. le Dr Dagron (Paris). 1° Rééducation de la fonction après traumatisme et surtout rééducation de la marche ; 2° traitement de l'hyarthrose . . . . .	41
» Rapports in extenso . . . . .	II. No 10 et II. No 11
M. le Prof. Zabłudowski (Berlin). Nouveau piano, comme moyen prophylactique de la crampe des pianistes . . . . .	42
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 28
M. le Dr Schanz (Dresde). Traitement de la scoliose par le massage . . . . .	43
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 4
M. le Dr Le Marinel (Bruxelles). Traitement mécanothérapique de la scoliose . . . . .	43
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 2
M. le Dr Faure (Le Malou). L'Education des mouvements. . . . .	47
» Rapport in extenso . . . . .	
M. le Prof. Angelo Volpe (Naples). A propos de la Leucocytose temporaire et permanente provoquée par le massage . . . . .	48



	Pages
M. le Dr Sarafidi (Constantza). Traitement du rhumatisme articulaire aigu franc par le mas- sage au pétrole . . . . .	49
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 22
M. le Dr Hasebroek (Hambourg). Le traitement de l'angine de poitrine par la gymnastique et le massage du thorax. . . . .	49
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 9
M. le Dr Grounauer (Genève). L'arthromoteur et les suites d'accidents. . . . .	49
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 12
M. le Dr Cautru (Paris). Le massage précordial dans les maladies du cœur . . . . .	49
M. le Dr Decref (Madrid). Contribution à l'étude de la Méthode rééducatrice dans le trai- tement des ataxies. . . . .	50
» Massage humide comme moyen de traitement et de diagnostic. . . . .	50
M. le Dr Gommaerts (Gand). Cinésithérapie pulmonaire . . . . .	52
» Rapport in extenso. . . . .	II. No 5
M. le Dr Rosenthal (Paris). La gymnastique et la rééduca- tion respiratoire, traitement prophylac- tique des rhino-adénoïdiens et des faux adénoïdiens . . . . .	52
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 6
M. le Dr Solé y Forn (Madrid) Nouvelle technique de trai- tement de l'obstruction intestinale . . . . .	56
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 23
M. le Dr Keim (Paris). L'expression du fœtus par la voie abdominale . . . . .	56
M. le Dr Courjon (Lyon). La gymnastique des arrières . . . . .	57
M. le Dr Vassilidès (Athènes). De la colite interstitielle chronique causant de graves neur- asthénies . . . . .	57
» Rapport in extenso. . . . .	II. No 25
M. le Dr Garcias Fraguas (Saragosse). La vibrothérapie et ses applications . . . . .	57
M. le Dr Kaisin (Florence) Appareil redresseur des gibbosités . . . . .	57
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 24

# IV

	Pages
M. le Dr Spitzzy (Graz). Klinik der frühen Wirbelsäulen deformitäten. Rapport . . . . .	II. No 7
M. le Dr Gabrielli (Florence). Appareil redresseur des déformations . . . . .	58
M. le Dr Axel Tagesson Moeller (Berlin). Quelques remar- ques sur la méthode manuelle de Kellgren . . . . .	58
M. le Dr Sosnowska (Paris). Le Traitement de Thure Brandt en France . . . . .	59
Rapport in extenso . . . . .	II. No 13
M. le Dr Allard (Paris). Bains thermolumineux électriques . . . . .	60
Rapport in extenso . . . . .	I. No 2 et No 2bis
M. le Dr Mladejowsky. L'artériosclérose à Marienbad . . . . .	I. No 19
M. le Dr Espina y Capo (Madrid). Nécessité de l'étude de la matière médicale des couleurs en photothérapie (Spectroscopie) . . . . .	61
M. le Dr Albert Weil (Paris). Le bain de lumière bleue, son action analgésique . . . . .	62
» Rapport in extenso . . . . .	
M. le Dr Knowsley Sibley (Londres). Traitement par la lumière et la chaleur . . . . .	62
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 5
M. le Dr Gunzburg (Anvers). Note expérimentale sur les propriétés physiologiques des bains photothermiques . . . . .	62
M. l'Ingénieur Dowsing (Londres). The solarium or elec- tric sunbath. . . . .	63
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 17
M. le Dr Tonta (Milan). La méthode Roentgen contre la méthode Finsen . . . . .	63
M. le Dr L. Dekeyser (Bruxelles). La thermothérapie au point de vue des affections de la peau . . . . .	65
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 7
M. le Dr Valcke (Courtrai). Action et indications du bain de vapeur ou bain russe . . . . .	66
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 6

	Pages
M. le Dr Espina y Capo (Madrid). Climatothérapie de	
Panticosi . . . . .	68
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 9
M. le Dr Nicolaš Reich (Budapest). Traitement abortif des	
furuncles au moyen de la thermo-	
thérapie sèche . . . . .	68
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 4
M. le Dr Foveau de Courmelles (Paris). Effets comparés	
des diverses sources photogéniques	
sur l'organisme . . . . .	69
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 8
M. le Dr Krikortz (Stockholm). Pri la kuracado per varmo	
de la ulcus venereum simplex . . . . .	69
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 16
M. le Dr Deschamps (Rennes). Quelques notions d'hydro-	
thérapie scientifique . . . . .	69
M. le Dr Guido Scarpa (Turin). Thérapie physique dans les	
maladies des poumons et du cœur . . . . .	71
M. le Dr Kurella (Ahrweiler). La Therapeutique physique	
des maladies nerveuses . . . . .	73
M. le Dr Francis B. Bishop (Washington). Methodes phy-	
siques que j'ai employées dans le	
traitement de la tuberculose pul-	
monaire . . . . .	74
M. le Dr Peeters (Bruxelles). Physiothérapie et psychothé-	
rapie . . . . .	76
» Rapport in extenso . . . . .	I. No 19
M. le Dr Bienfait (Liège). Traitement des symptômes	
nerveux dyspeptiques par l'électri-	
cité . . . . .	77
» Rapport in extenso. . . . .	III No 2
M. le Dr Nicolet (Bruxelles). Action et indications de l'elec-	
tromagnetisme . . . . .	78
» Rapport in extenso. . . . .	I No 10
M. le Dr Jellinek (Vienne). Action des courants de hautes	
intensités sur l'organisme humain . . . . .	80
» Rapport in extenso . . . . .	II No 24

	Pages
M. le Dr Sudnik (Buenos-Ayres). Action biologique des bobines faradiques en fil de Maillechort . . . . .	80
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 5
M. le Dr Capriati (Naples). Electro-diagnostic de l'amyotrophie primitive progressive. . . . .	80
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 17
M. le Dr Haskovec (Prague). Note sur la résistance électrique de la tête dans quelques états neurasténiques . . . . .	82
» Rapport in extenso. . . . .	II. No 9
M. le Dr Planet (Paris). Traitement électrique de l'hydarthrose . . . . .	82
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 18
M. les Drs Bordier et Bonnefant (Lyon). Effets du courant galvanique à intermittences rapides sur la nutrition. Traitement de l'obésité . . . . .	83
M. les Drs Oudin et Ronneaux (Paris). Action locale des courants de haute fréquence sur les états phlegmasiques des tissus . . . . .	84
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 52
M. le Dr Marqués (Moutpellier). Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence . . . . .	85
M. le Dr Stenbeck (Stockholm). La signification des substances fluorescentes dans le traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen des courants de Tesla . . . . .	87
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 22
M. les Prof. Piccinino et Dr Blasi (Naples) Les indications du bain hydro-électrique . . . . .	89
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 4
M. le Dr Balsamoff (Sofia). A propos des bains hydro-électriques . . . . .	89
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 49
M. le Prof. Doumer (Lille). Gynécologie et haute fréquence . . . . .	89

## VII

	Pages
M. le Dr Leullier (Paris). 1 <sup>o</sup> Traitement électrique des dyspepsies . . . . .	III. No 56
» 2 <sup>o</sup> Traitement de l'entérocolite par l'électricité . . . . .	III. No 54
M. le Dr Leullier (Paris). 3 <sup>o</sup> Deux cas de Zona traités par la galvanisation . . . . .	91
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 55
M. le Dr Strebel (Muncheu). Le traitement de la gonorrhée chronique par le « Glimmlicht » d'après l'auteur . . . . .	92
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 12
M. le Dr Renault (Paris). Le rôle de l'Electrothérapie dans les accidents du travail . . . . .	92
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 11
M. le Dr Courtade (Paris). La pathogénie et le traitement électrique du spasme de l'Urèthre. . . . .	92
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 25
M. le Prof. William Benham Snow (New-York). Effets mécaniques de l'électricité en thérapeutique. . . . .	93
M. le Dr Stembo (Vilna). Trente cas d'hémorrhoides traités par l'arsonvalisation . . . . .	94
» Rapport in extenso . . . . .	II. No 20
M. l'Ingénieur E. K. Muller (Zurich). Résultats des mesures de la résistance électrique des corps vivants . . . . .	94
» Rapports in extenso . . . . .	II. No 6 et III. No 49
MM. les Prof. Doumer et Dr Maes (Lille). Un cas de paralysie agitante très-amélioré par le traitement électrique . . . . .	94
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 55
MM. les Drs Laquerrière et Delherm (Paris). Traitement des affections du tube digestif par l'électricité . . . . .	95
» Rapport in extenso . . . . .	III. No 12
M. le Dr Betton Massey (Philadelphie). Stérilisation électro-chimique par cataphorèse mercurique en masse, traitement du cancer . . . . .	95



# VIII

	Pages
M. le Dr Amédée Granger (New-Orleans). Résultats obtenus dans le traitement du cancer par la cataphorèse au mercure .	96
M. le Dr Stefanescu-Zanoga. (Bucarest). Sur la valeur de la direction du courant et 2° Traitement électrique de l'atrophie du nerf optiques. Rapports. . .	99
M. le Dr Belot (Paris). Technique de la radiothérapie .	III. No —
» Rapport in extenso .	100
M. le Dr Guillemot (Paris). L'Orthodiascopie appliquée au diagnostic des affections thoraciques . . .	III. No 35
» Rapport in extenso .	100
M. le Prof. Piccinino (Naples). Les indications actuelles de la Röntgentherapie . . .	III. No 31
» Rapport in extenso .	101
MM. les Drs Bordier et Galimard (Lyon). Les rayons X ont-ils la propriété de provoquer les effets chimiques? Action de ces rayons sur les substances à l'état colloïdal . . .	102
MM. les Drs Doz L. Freund et M. Oppenheimer (Vienne). Traitement du Lichen glaber planus par les rayons X . . .	102
M. le Doz. Dr L. Freund (Vienne). Nouveau dispositif de protection des radiothérapeutes .	104
M. le Doz. Dr Freund (Vienne). Actions des rayons du Radium sur les nerfs périphériques .	105
M. le Dr Henrard (Bruxelles). Emploi de la radioscopie pour l'extraction d'un corps métallique de l'œsophage . . .	III. No 40
» Rapport in extenso .	106
M. le Dr Hauchamps (Bruxelles). Le Radiodiagnostic . . .	III. No 1
» Rapport in extenso .	107
M. le Dr Bordier (Lyon). Sur la régénération des écrans au platino cyanure de Baryum . . .	II. No 14
» Rapport in extenso .	107
M. le Dr Curchod (Bâle). Les mesures en Radiologie . . .	III. No 32
» Rapport in extenso .	

M. le Dr Levis Jones (Londres). L'emploi du milliampère- mètre dans la Radiographie.	107
» Rapport in extenso	III. No 51
M. le Dr Bêlot (Paris). Nouvel appareil localisateur pour radiothérapie et nouveaux tissus protecteurs	108
» Rapport in extenso.	III. No 36
M. le Dr Denis Courstade (Paris). Un nouveau radiomètre	108
» Rapport in extenso.	III. No 48
M. le Dr Kienböck (Vienne). Radiothérapie du sarcome	108
» Rapport in extenso	III. No 33
M.M. les D <sup>rs</sup> Luraschi et Carabelli (Milan). Action des Rayons X sur l'hypertrophie de la prostate	108
» Rapport in extenso	III. No 44
M.M. les D <sup>rs</sup> Luraschi et Fiorentini (Milan). Action des rayons X sur le goître néoplasique des chiens	109
» Rapport in extenso.	III. No 45
M. le Dr Albert Weil (Paris). Le traitement de l'hypertri- chose	110
» Rapport in extenso.	III. No 54
M. le Dr Stembo (Wilna). Deux cas de Sarcome améliorés et guéris au moyen des rayons X	113
» Rapport in extenso	III. No 26
M. le Dr Bôrdier (Lyon). Sur un cas de maladie de Paget guéri par la radiothérapie	113
» Technique et traitement radiothéra- pique des naeviplans	113
M. le Dr Desplats (Lille). Traitement des adénites tubercu- leuses par les rayons X	114
Rapport in extenso	III. No 53
M. le Dr François (Anvers). Photothérapie, Radiothérapie.	114
Rapport in extenso	
M. le Prof. Winternitz (Vienne). La place de la Physiothé- rapie dans les matières de l'en- seignement	115
» Rapport in extenso	IV. No 9

	Pages
M. le Doz. Dr Bum (Vienne). L'enseignement et l'empirisme en matière de Physiothérapie en Autriche . . . . .	115
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 4
M. le Doz. Dr Haglund (Stockholm). L'enseignement de la Physiothérapie en Suède . . . . .	
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 21
M. le Doz. Dr de Vries (Groningue). L'enseignement de la Physiothérapie en Hollande . . . . .	116
» Rapport in extenso. . . . .	IV. No 5
M. le Prof. Zabłudowski (Berlin). L'enseignement du Massage à l'Université de Berlin. . . . .	116
» Rapport in extenso. . . . .	IV. No 20
M. le Prof. Colombo (Rome). La soldarité des agents physiques . . . . .	116
» Rapport in extenso . . . . .	
M. le Dr Deschamps (Rennes). Comment devrait s'enseigner et s'exercer la Physiothérapie. . . . .	116
M. le Dr Okoliscanyi Kuthy (Budapest). L'Enseignement de la Physiothérapie en Hongrie . . . . .	117
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 10
M. le Dr Rivière (Paris). Les rapports de la Physiothérapie avec la médecine générale . . . . .	117
» Rapport in extenso. . . . .	IV. No 15
M. le Dr Lossen (Darmstadt.) La valeur de la Physiothérapie spécialement en Allemagne . . . . .	117
» Rapport in extenso. . . . .	IV. No 6
M. le Dr Ley (Anvers). L'éducation physique de l'Enfance . . . . .	117
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 20
M. le Dr Le Marinel (Bruxelles). L'enseignement universitaire des sports au point de vue de l'hygiène et comme agents thérapeutiques . . . . .	117
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 2
M. le Dr de Munter (Liège). L'exercice illégal de la Physiothérapie . . . . .	118
» Rapport in extenso . . . . .	IV. 14
M. le Dr Belot (Paris). L'enseignement de la Radiologie . . . . .	118
» Rapport in extenso . . . . .	IV. No 1

	Pages
M.M. les Drs Laquerrière et Delherm (Paris). Exercice illégal de l'Electrotherapie.	118
» Rapport in extenso	IV. No 7
M. le Dr Sarafidi (Constantza). L'Empirisme en Roumanie	118
» Rapport in extenso	IV. 3
M. le Dr Malengrau (St. Ghislain). Usage et propagation du massage	119
» Rapport in extenso	IV. No 18
Festivités	122
Table des matières	I à XIV

---

## Liste alphabétique des noms d'auteurs.

	Pages.		Pages.
<i>Allard</i>	60. 78.	De Jace	18. 123.
Andronesco	17.	De Keyser	32. 64. 66. 67. 69. 65.
Archambaud	37. 38. 41. 46. 120.	Delcastello	17.
		Delherm	91. 95. 118.
<i>Baillieux</i>	17.	De Luzenberger	17. 19. 27. 29.
Balsamoff	89.		94. 100. 101.
Bejarano	17.	Delongchamps	108.
Belot	34. 99. 100. 101. 103.	De Mets	9. 78.
	105. 106. 109. 108. 118.	De Munter	17. 118. 119.
Bergonié	17. 19.	Denis Courtade	108.
Betton Massey	95.	De Niet	68.
Bienfait	18. 77.	De Nobele	17. 18. 32. 35. 100.
Bishop	17. 18. 74.		102. 105.
Bordier	107. 113.	De Saegher	18.
Bordier-Bonnefant	83.	Deschamps	30. 31. 60. 65. 67.
Bordier-Galimard	101.		69. 73. 79. 80. 82. 116.
Bum	115.	Desguin	37.
Butcher	20.	Desplats	114.
		De Vries	116.
<i>Capriati</i>	17. 19. 80. 81.	Donath	19. 81.
Cautru	49.	Doumer	19. 27. 28. 77. 84. 88.
Ciselet	17.		89.
Colombo	17. 19. 116.	Doumer et Maes	94.
Curchod	100. 107.	Dowsing	63.
Courjon	57.		
Courtade	92.	<i>Espinay Capo</i>	17. 19. 61. 68.
		Eyckmans	18. 19.
<i>Dagron</i>	41.		
Daubresse	18.	<i>Faure</i>	38. 45. 47. 48. 49. 50.
de Cref	45. 47. 50.		121. 122.



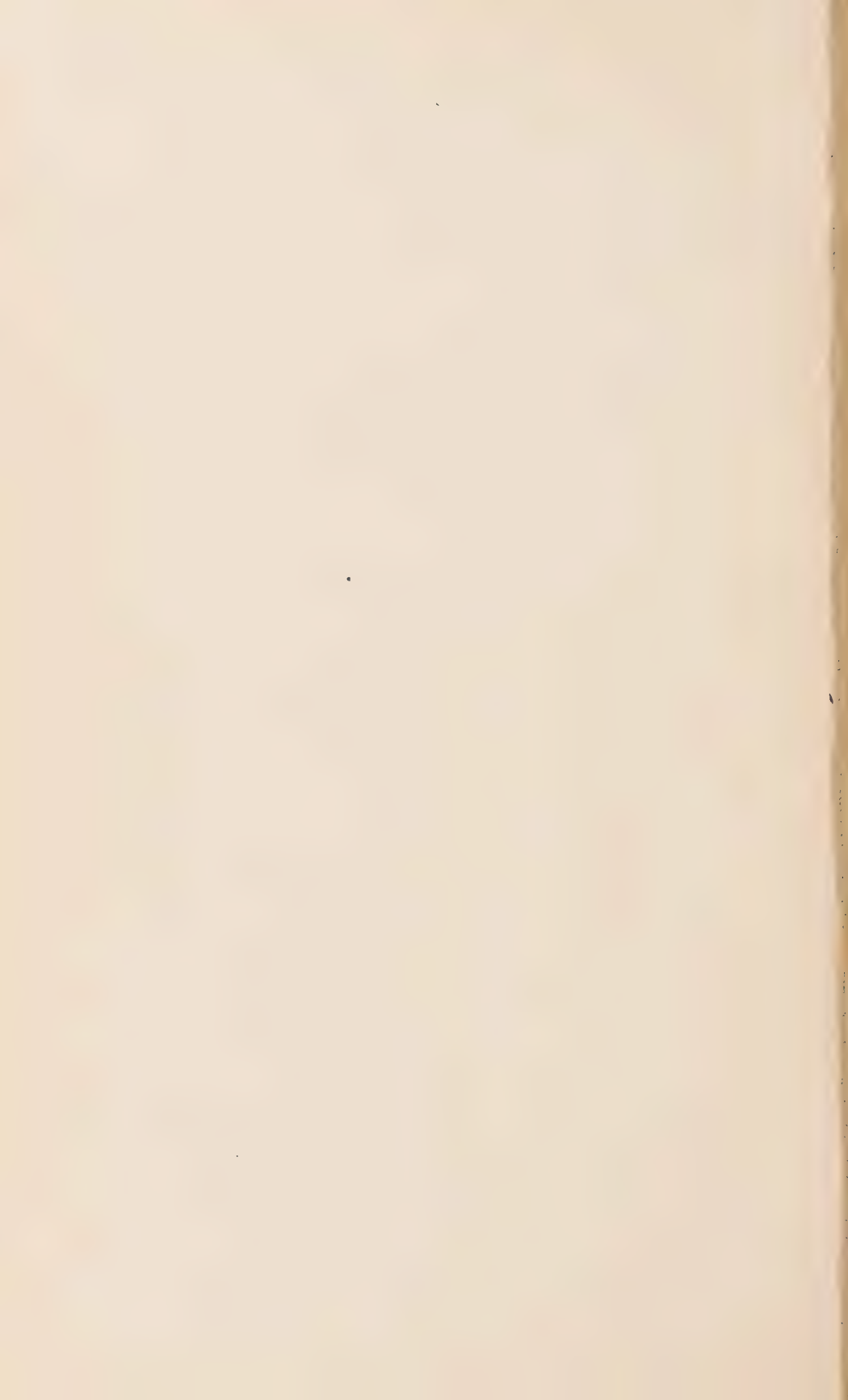
## XIII

	Pages.		Pages.
Farinas	17. 18.	Korolko	110. 112.
Fiorentini	109.	Kouindjy	18. 37. 45. 50. 38. 53. 59. 119.
Foveau de Courmelles	18. 69.	Krikortz	69.
Fraguas	18.	Kurella	27. 30. 73. 77. 80.
François	17. 114.	Kuthy	117.
Freund	28. 33. 99. 102. 104. 107. 111.	Laquerrière et Delherm	95. 118.
Gabrielli	58.	Leclère	17. 19.
Galhausen	17. 18.	Le Marinel	12. 31. 47. 43. 54. 117. 121.
Garcias	57.	Leullier	91.
Gariel	18. 70.	Levis Jones	17. 18. 19. 107. 109.
Gastelu y Zabarte	17. 18.	Ley	117.
Gommaerts	18. 52. 55.	Libotte	27. 29. 61. 63. 84. 88. 94. 121.
Gourdon	40. 43. 58.	Limet	18.
Granger	96.	Liniger	21.
Grounauer	49.	Lossen	117.
Guilleminot	100.	Luraschi	19. 34.
Gunzburg	19. 30. 32. 37. 62. 73. 79. 121. 122.	Luraschi et Carabelli	108. 109. 112.
Haglund	115.	Maes	94.
Haret	32. 35.	Malengrau	119.
Hasebroek	31. 49.	Marquès	79. 85.
Haskovec	82.	Merveille	18.
Hauchamps	100. 106. 107.	Michaut	109.
Henrard	99. 105. 106. 109.	Moeller	58.
Herman	18.	Moutier	30.
Jacques	8.	Muller	94.
Jellinek	80.	Nicolet	78.
Justement	18.	Nihon	18.
Kaisin	57.	Obregia	17.
Kassabian	76. 104. 108.	Oudin et Ronneaux	84.
Keim	56.	Peeters	76.
Kienböck	30.		
Knowsley	62.		
Köhler	103. 107. 112.		

# XIV

	Pages.		Pages.
Piccinino	100.	Strebel	92.
Piccinino et Blasi	89.	Sudnik	80.
Planet	82.		
Poëls	18.	Čilanus	40.
Poirier	18.	Tonta	20. 34. 63.
		Turner	
Reich	68.		
Renault	92.	Valcke	66. 67. 68.
Rivière	117.	Vassilides	57. 121.
Romberg	63.	Van Breemen	18.
Rosenthal	44. 47. 48. 52. 55.	Van der Donck	18.
Rybalkin	19.	Van de Velde, H.	17.
		Volpe	48.
Sand	18.	von Hovorka	20. 36. 39.
Saquet	31. 44. 47. 50.	von Winiwarter	5.
Sarafidi	17. 49. 118.		
Scarpa	71.	Weil	28. 61. 62. 80. 82. 87. 92.
Schanz	43.		110. 121.
Scrini	18.	Williams	18.
Sigalas	19. 47. 53.	Winternitz	115.
Snow	94. 113.	Wybauw	30.
Soer	18.		
Solé y Forn	56.	Żabludowsky	19. 39. 42. 46.
Sosnowska	59.		116. 120.
Stembo	94.		
Stenbeck	17. 19. 33. 87. 89.		
	103. 105. 112.		













3 2044 015 70

3 2044 045 700 994

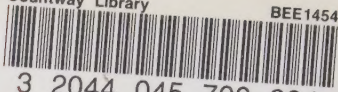
[illegible]

Demco 38-297



22 L 88  
Comptes rendus.  
Countway Library

BEE1454



3 2044 045 700 994